

COURS

DE

PATHOLOGIE

INTERNE.

IMPRIMERIE DE DEMORTIER FRÈRES,
Faub. de Namur, rue Leopold, 84.

COURS

DE

PATHOLOGIE

INTERNE,

PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR M. G. ANDRAL,

PROFESSEUR A LADITE FACULTÉ, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ, MÉDECIN CONSULTANT DU ROI,
CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DE LA LÉGION D'HONNEUR, ET MEMBRE DE PLUSIEURS
SOCIÉTÉS ET ACADÉMIES NATIONALES ET ÉTRANGÈRES;

RECUEILLI ET RÉDIGÉ PAR AMÉDÉE LATOUR,
DOCTEUR EN MÉDECINE,
RÉDACTEUR EN CHEF DU JOURNAL HEBDOMADAIRE DES PROGRÈS
DES SCIENCES MÉDICALES.

TROISIÈME ÉDITION.



Bruxelles.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE J.-B. TIRCHER,

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

1839

Nous ne nous sommes dissimulé aucune difficulté du travail que nous avons entrepris; nous n'avons pas la prétention de les avoir toutes surmontées. Cependant, pour qu'on ne se place pas, en lisant cet ouvrage, sur un terrain où nous ne nous sommes pas placé nous-même; afin que la critique s'exerce sur ce que nous avons fait et non sur ce que nous n'avons pas voulu faire, il est nécessaire que nous présentions quelques considérations importantes.

Il y a deux manières de reproduire les leçons des maîtres. L'une servile, facile et peu judicieuse, consiste à fixer, par des moyens artificiels, l'expression, la tournure de phrase et les moindres particularités d'un discours improvisé. L'autre, aussi exacte, quant au fond, ne prend pas tant de soin de la forme, et s'attachant par-dessus tout à l'esprit et à la pensée, ne recueille et ne retient que le sens du discours et le fond des idées. C'est cette dernière méthode que nous avons adoptée. Et si les lecteurs ne retrouvent pas toujours ici la parole rapide, chaleureuse et convaincue de M. Andral, nous espérons que toujours ils y trouveront sa méthode, ses opinions, ses doctrines, les divisions qu'il établit, le lien qui les enchaîne, les résultats qui en découlent, car voilà surtout ce que nous avons voulu reproduire.

Auditeur attentif de M. Andral depuis le Cours d'Hygiène qu'il professa avec tant d'éclat dans les deux années qui précédèrent 1830; n'ayant pas cessé depuis qu'il occupe la chaire de pathologie interne, de suivre ses cours avec assiduité, nous avons recueilli, avec autant d'exactitude qu'il nous a été possible, les leçons que nous publions aujourd'hui. Craignant cependant d'avoir fait quelque omission importante, nous nous sommes procuré les notes d'un grand nombre de ses auditeurs les plus distingués, et, collationnant nos manuscrits avec ceux qui nous ont été confiés, nous avons acquis la certitude que partout, nous sommes resté fidèle à ses opinions et à ses doctrines; c'était le but constant de nos efforts et, si nous avons réussi, cet ouvrage aura un haut degré d'utilité, soit pour ceux qui, en assistant aux cours, n'ont pu recueillir que des notes fugitives et incomplètes, soit pour ceux qui, moins heureux, n'ont pu faire partie de l'immense auditoire qui se presse aux leçons de ce professeur justement célèbre.

M. Andral est, en effet, le représentant le plus intelligent, l'organe le plus habile et le plus influent de cette génération médicale qui, élevée dans un temps de polémique ardente et de discussions acerbes, a su se préserver avec un rare bonheur des exagérations que rendait si faciles l'ascendant du génie, et de la résistance opiniâtre que l'amour des antiques doctrines a rendue souvent injuste et passion-

née. Honorant le passé, et acceptant sans répugnance les faits d'observation légués par nos devanciers, appréciant avec discernement, justice et convenance les travaux contemporains, ayant foi surtout à l'avenir et au progrès, tel nous paraît être le caractère dominant de la majorité des médecins parmi lesquels M. Andral s'est distingué par un incontestable talent.

Écrivain, praticien et professeur, M. Andral apporte, dans ce triple sacerdoce, un amour passionné de la vérité et une bonne foi caractéristique dans ses recherches, une expérimentation prudente au lit des malades, dans sa chaire une chaleur de conviction qui entraîne. Chargé de former et de diriger les jeunes intelligences qui se pressent autour de lui, il expose avec sincérité et sans préoccupation de théorie ou de système préconçus, ce que la science offre de positif, les points douteux qui s'y présentent, et les problèmes bien plus nombreux encore qui restent à résoudre. Dans cet océan d'obscurités et d'incertitudes, où à peine si de loin en loin apparaissent quelques phares lumineux, navigateur habile, M. Andral en explore en détail toutes les parties, reconnaît les points déjà visités, examine si les descriptions des premiers observateurs sont exactes, détruit sans ménagement, les erreurs, les hypothèses, les fausses conséquences de ses devanciers, et si de loin, il découvre une terre inconnue, il donne les moyens d'y arriver en indiquant la route qu'il faut suivre.

Aussi, cette manière d'envisager la science, large, neuve et philosophique, donne au Cours de pathologie interne, une physionomie particulière, et donnera, nous l'espérons, à cet ouvrage une couleur distinctive. C'est moins, en effet, un traité dogmatique de médecine qu'une sorte de compte-rendu exact, d'inventaire fidèle de l'état où les sciences médicales sont arrivées à notre époque. Avec le bon sens exquis qui le distingue, M. Andral a bien compris qu'un traité dogmatique de médecine est une œuvre actuellement impossible, et que lorsque tant de questions capitales sont encore controversées, lorsque tant de problèmes importants sont encore à résoudre, le moment n'est pas venu de dogmatiser et de fonder sur des bases durables, un monument scientifique. Exposer avec discernement et critique ce que la science possède en anatomie pathologique, en étiologie, en symptomatologie et en thérapeutique, tel est, nous le croyons, le but de M. Andral, but que nous nous sommes efforcé d'atteindre. Tel est le point de vue sous lequel on doit envisager cet ouvrage que, non sans de grandes appréhensions, nous livrons au public. Nous espérons que les élèves y trouveront un guide sûr pour leurs études, et les médecins qui veulent se tenir au courant de la science, un résumé fidèle de ce qu'ils ont intérêt à connaître.

C'est pour nous d'ailleurs un devoir de revendiquer pour M. Andral les éloges qui pourraient être donnés à cet ouvrage, et d'assumer sur nous seul les critiques qui pourraient en être faites.

Amédée Latour.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

La *maladie,* dans son acception la plus large, est un dérangement quelconque soit dans les lois physiques, soit dans les lois vitales qui régissent l'économie. La *pathologie* est l'histoire des maladies; son but est de tracer les indications thérapeutiques pour combattre la nature des maladies, ou leurs symptômes, quand cette nature nous est inconnue.

Notre organisation est matérielle et par cela même assujettie aux lois qui régissent la matière; il suit de là que l'étude approfondie de ces lois est nécessaire au pathologiste. Le corps de l'homme présente en effet des phénomènes d'électricité, d'hydrostatique, de capillarité, etc.; il possède les mêmes propriétés que les corps inorganiques, savoir la pesanteur, la porosité, la densité, l'élasticité, etc. Si le médecin n'a pas une connaissance suffisante de ces phénomènes et des lois qui les régissent, comment pourra-t-il se rendre compte d'une infinité de lésions fonctionnelles qui prennent leur source dans une altération de ces propriétés physiques?

Qui peut contester aujourd'hui l'importance absolue d'une connaissance complète de l'anatomie et de la physiologie? Cette vérité est si universellement sentie que nous n'insisterons pas sur ce point.

Le médecin doit aussi connaître l'histoire de la science, et doit joindre aux études dont nous venons de parler celle des systèmes qui tour à tour ont régné dans les écoles.

Ainsi donc, il est impossible de prime-abord d'arriver à l'étude de la pathologie, car elle a son point de départ et sa racine dans les sciences que l'on est supposé avoir précédemment étudiées.

Nous avons dit que les maladies pouvaient porter sur les lois physiques et sur les lois vitales qui régissent l'économie. Cette lésion des actes vitaux ne peut nous être révélée sans le secours de la physiologie: dans la nature inorganique, il nous est impossible de séparer les propriétés qui se manifestent dans la matière de l'idée de cette matière. Ainsi, que l'élasticité soit modifiée dans un corps, nous pensons aussitôt que cela tient à une modification du corps lui-même. Il en est ainsi dans la nature animée, à laquelle nous rapportons les actes vitaux qui s'y manifestent; ainsi, que l'irritabilité soit modifiée dans un corps vivant, tout nous porte à penser que cela dépend d'une modification du corps lui-même. Et à ce sujet il peut se passer quelque chose de fort remarquable; c'est qu'une fois produit, ce trouble vital peut amener à son tour d'autres troubles dans l'économie. Ainsi, que sous l'influence d'une cause nerveuse le cœur pendant longtemps vienne à palpiter plus vite, l'hypertrophie de cet organe ne tardera pas à paraître.

Il y a donc dans un être vivant malade deux espèces de désordres à considérer; désordres organiques ou anatomiques, désordres fonctionnels ou physiologiques. Dans certains cas, on ne voit que le désordre fonctionnel; dans d'autres, on ne voit que le désordre anatomique.

Lorsque les désordres anatomiques ne sont pas percevables, il ne faut pas se hâter de conclure qu'ils n'existent pas, car, à ce sujet, la science ne peut être regardée que comme provisoire. Que connaissons-nous en effet, en anatomie pathologique? des lésions de texture, de forme, de couleur, mais rien au-delà. Et sur les altérations des liquides que savons-nous? Quelques états qui ne sont pas l'état normal, voilà tout. Il ne faut donc pas considérer l'anatomie pathologique comme une science définitivement arrêtée, il faut aller au-delà de ce qui est actuellement connu.

Cherchons par quels moyens on peut arriver à la connaissance des maladies.

A l'anatomie d'abord doivent être rapportées toutes les recherches par lesquelles on parvient à constater les diverses formes et modifications des tissus et de leur composition.

L'existence de principes impondérables dans le corps de l'homme ne peut être mise en doute. Ainsi, pour ne parler que de ce phénomène, il se fait à tout instant un dégagement d'électricité par les changements de forme, d'état, de nature, de toutes les molécules organiques. Ce phénomène est certainement d'une haute importance, et n'est-il pas certain qu'un grand nombre de problèmes resteront insolubles tant qu'on ne sera pas parvenu à le connaître d'une manière complète?

Le corps contient aussi des principes médiats, dont l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, le phosphore et l'azote sont les éléments. Certains états morbides ont leur point de départ dans une trop grande quantité d'azote répandue dans l'économie. Par cela seul, les reins sécrètent une urine trop azotée, l'acide urique se forme en trop grande abondance, et de là la maladie désignée sous le nom de gravelle. Dans d'autres cas, c'est la prédominance du carbone qui est le point de départ de quelques affections.

La chimie nous apprend un fait curieux; c'est la présence du fer dans le sang. Elle a montré que lorsqu'il y a prédominance de cet élément, l'hématosine, substance colorante du sang, prédomine aussi; lorsque le sang au contraire ne contient pas assez de fer, la substance colorante est en proportion moindre. De ce fait ne peut-on pas tirer quelques inductions raisonnables? qui sait, par exemple, si dans ces maladies cérébrales où l'investigation anatomique la plus minutieuse n'a rien pu découvrir, qui sait s'il n'y a pas prédominance, diminution, altération d'un des éléments qui entrent dans la composition de l'encéphale, le phosphore, par exemple (1)?

L'étude des agents impondérables et des principes médiats, est donc d'une haute importance en pathologie.

Ces principes médiats se combinent pour former des principes immédiats, et l'étude de ceux-ci est aussi importante, car on ne pourra pas sans elle avoir une connaissance complète de certains produits accidentels.

(1) Dans un travail récent et fort remarquable de M. Rufz, tout imprégné de ce *doute philosophique* qui caractérise une certaine école, nous trouvons une opposition piquante à cette proposition de M. Andral :

« Un chimiste dont tout le monde connaît l'habileté, M. Barruel, peut extraire du sang fourni par une saignée, un globule de fer assez considérable pour être enchâssé dans une bague; un avocat de Paris lui ayant apporté le sang d'une saignée faite à sa femme, M. Barruel trouva le sang de cette personne riche en fer au-delà de tout ce qu'il avait vu jusqu'alors, il crut pouvoir en induire, d'après les idées *à priori* sur la richesse du sang, que la femme était brune, vive et très-ardente en amour; mais il apprit qu'elle était, tout au contraire, blonde, calme et fort modérée en amour. Une autre fois c'est le phosphore qui n'est pas trouvé fidèle à sa réputation, car le sang d'une jeune femme brésilienne ayant présenté des proportions extraordinaires de phosphore, M. Barruel s'enquit de son humeur, et il apprit qu'elle était extrêmemont *froide.* »

A leur tour ces principes immédiats se combinent pour donner naissance aux liquides et aux solides.

L'étude des altérations dont les liquides sont susceptibles est très-importante, et de grandes recherches sont à faire sur ce sujet. Les anciens avaient bien senti l'importance des liquides relativement aux maladies. Longtemps dédaigné dans nos écoles où régnait un solidisme exclusif, il y a depuis quelque temps un retour fort remarquable à l'humorisme, mais à l'humorisme rationel et basé sur des faits bien observés.

Pour rendre l'étude des altérations du sang profitables, il faut y considérer deux choses : sa constitution et sa composition.

1° Sa constitution; au microscope on voit une innombrable quantité de globules, nageant dans un liquide séreux. Ces globules sont composés d'une partie centrale incolore et d'une enveloppe colorée; il est certains états morbides, où le nombre de ces globules varie, et n'est plus en proportion avec la sérosité. Dans le choléra asiastique, par exemple, pendant que de toutes parts on se livrait à des recherches sur les solides, un chimiste distingué, M. Lecanu, portait ses investigations sur le sang et y trouvait une quantité prodigieuse de globules, d'où avait fui la sérosité, réfugiée dans l'intestin. Certes, il n'est pas possible de prétendre que ce fût l'irritation qui attirât là le sérum, car dans les gastro-entérites les plus intenses rien de semblable ne s'observe. C'était dans le sang lui-même qu'était la maladie. Mais qui peut dire la cause de cette dissociation? Là s'arrête le savoir.

C'est donc avec raison qu'on doit considérer la science comme étant dans un état provisoire. Certes, il est des esprits impatients qui ne se contentent pas du provisoire, et qui, au lit des malades, veulent du positif; malheureusement il y en a peu; à qui la faute? A la science qui est si complexe.

2° Sa composition; un grand nombre de maladies ont leur point de départ dans la composition du sang.

Est-ce tout? Non. L'influenee réciproque de deux systèmes importants, le sanguin et le nerveux, est le point de départ de plusicurs maladies. De quelques recherches importantes, il paraît résulter qu'en intéressant le nerf pneumo-gastrique, on altère la composition du sang à tel point qu'en injectant ce sang dans les veines d'un autre animal, on détermine chez lui le charbon. On altère aussi la composition du sang en intéressant certains ganglions du grand sympathique. Tout cela cst cncore un immense sujet d'études.

Le sang formé par ces principes immédiats produit d'autres liquides, et en dernier lieu les solides. Les altérations de ces liquides et de ces solides, constituent aujourd'hui le seul domaine de la pathologie. Mais la science ne sera complète que lorsque seront connnes les altérations :

1° Des principes impondérables;
2° Des principes médiats;
3° Des principes immédiats;
4° Du sang;
5° Des liquides qui en proviennent;
6° Des tissus;
7° Des organes formés par les tissus.

De tout cela les altérations des tissus et dcs organes ont été surtout étudiées, le reste est un vaste sujet de recherches; et si l'on veut que ces recherches conduisent à des résultats satisfaisants, il faut aujourd'hui, avec le scalpel de l'anatomiste, porter dans les investigations le creuset du chimiste, le microscope et l'électromètre du physicien.

Dans un très-grand nombre de cas, le cadavre ne peut rendre compte des désordres fonctionnels observés pendant la vie; cela est un fait incontestable, de tous les jours, et contre lequel viennent se briser toutes les affirmations contraires. Et cependant quels immenses progrès n'avons-nous pas faits, sous ce rapport, depuis vingt ans. C'est pour moi un plaisir et un devoir, de proclamer que de tous les médecins contemporains, M. Broussais est celui qui a le plus contribué à ces progrès. La génération médicale actuelle est peut-être un peu ingrate envers lui; elle semble oublier trop vite tout ce que nous lui devons. Reportons-nous à ce qu'était la médecine à l'époque où parut le traité des *phlegmasies chroniques*. N'est-il pas incontestable que la plupart des fièvres qu'on disait essentielles, peuvent être rapportées à des lésions locales?

A côté des immenses travaux de ce médecin à jamais célèbre, viennent se ranger ceux de Corvisart et de Laënnec. C'est à ces observateurs que l'on doit de savoir qu'un grand nombre d'asthmes, dit nerveux, sont sous l'influence d'une maladie du cœur ou d'un emphysème pulmonaire; que certaines hydropisies peuvent se localiser dans une altération organique du cœur; et pour ne pas sortir de ce sujet, c'est à un professeur de cette école, M. Bouillaud, que la science est redevable de ce fait important, savoir : que certaines hydropisies auxquelles on ne pouvait assigner aucun point de départ sont sous l'influence de l'oblitération des veines. Plus récemment le docteur Bright a prouvé que cette même affection, l'hydropisie, était souvent causée par une certaine maladie des reins. M. Etoc, plus récemment encore, a trouvé dans une altération des hémisphères cérébraux, la cause de la stupidité des aliénés. Nous pourrions citer encore les belles recherches, faites en France et en Angleterre, sur les maladies cérébrales, les expériences sur l'influence des altérations de la cinquième paire sur les organes des sens, etc., etc.

Toutes ces recherches et tant d'autres, qu'il nous est impossible de citer ici, ne constituent cependant qu'une faible portion des connaissances importantes que le médecin devrait posséder. C'est qu'en effet l'étude de l'homme malade est immense, et qu'à côté de quelques notions certaines vient toujours se placer une inconnue qu'on ne peut éliminer, et qu'enfin, comme l'a dit Pascal, *notre imagination se lasserait plutôt de concevoir que la nature de fournir*.

La division que nous avons établie de l'ensemble des lésions dont le corps est susceptible, serait certainement la plus convenable. Malheureusement, dans l'état actuel de la science nous ne pourrions pas en remplir le cadre, elle ne pourra servir qu'à l'avenir. Tout ce qui nous est permis en ce moment c'est de diviser les maladies en lésions de tissus et d'organes, en lésions du sang et des liquides qui en proviennent.

Si les affections qui viennent *perturber* l'économie animale, prennent le plus souvent leur point de départ et leur source dans une des régions du corps de l'homme, il faut néanmoins se hâter de reconnaître avec les anciens, que souvent l'être tout entier est en souffrance, que le cours normal de toutes les fonctions est interrompu, leur équilibre détruit, leurs effets viciés sans pouvoir rapporter à une région de son corps plutôt qu'à une autre, les douleurs qu'il éprouve, sans que l'œil ou le jugement puissent saisir de lésion appréciable dans aucun organe, pour expliquer les formes variées, les changements brusques, les disparitions et les retours non moins rapides des symptômes observés pendant la vie du malade. Ces grands désordres qui vont frapper toutes les parties de notre être, ne laissent nulle part des traces de leur présence, et cependant l'économie est altérée jusque dans ses principes les plus profonds.

Ces deux grands faits d'observation nous paraissent réclamer impérieusement

aujourd'hui la division de toutes les maladies en deux grandes sections : les maladies locales, et les maladies générales.

Les maladies locales se subdivisent en cinq classes qui correspondent aux cinq grands actes qui s'accomplissent dans tout solide :

1° Lésions de circulation ;
2° Lésions de sécrétion ;
3° Lésions de nutrition ;
4° Lésions d'innervation ;
5° Productions morbides.

PREMIÈRE CLASSE.

LÉSIONS DE CIRCULATION.

1er *Ordre.* — Congestions ou hypérémies. . . . . { Actives. Passives. Mécaniques.

2e *Ordre.* — Phlegmasies.
3e *Ordre.* — Anémies.

4e *Ordre.* — Hémorrhagies. . . . . { Actives, Passives. Mécaniques.

IIe CLASSE.

LÉSIONS DE SÉCRÉTIONS.

1er *Ordre.* — Altérations de quantité. . . . . { Augmentée. Diminuée.

2e *Ordre.* — Altérations de qualité.

Sous-Ordre. — Altérations de sécrétions gazeuses dans leur. . . { Quantité. Qualité.

IIIe CLASSE.

LÉSIONS DE NUTRITION.

1er *Ordre.* — Altérations de nutrition pendant la formation des organes, ou vices de conformation.
2e *Ordre.* — Altérations s'accomplissant après le développement de l'être, ou lésions de texture qui peuvent être de deux genres :
1° Exubérance de forces nutritives. — Hypertrophie.
2° Diminution des mêmes forces. — Atrophie.
3e *Ordre.* — Cessation de la nutrition.
4e *Ordre.* — Formation de productions nouvelles, soit qu'elles vivent de la vie commune de l'individu, soit qu'elles aient une vie propre.

IVe CLASSE.

LÉSIONS D'INNERVATION.

1er *Ordre.* — Lésions de la sensibilité.
2e *Ordre.* — Lésions de la contractilité.

3e *Ordre*. — Lésions d'innervation d'une fonction quelconque des trois grandes classes précédentes.

Ve CLASSE.

PRODUCTIONS MORBIDES.

Les altérations du sang et des liquides forment la transition entre les maladies locales et les maladies générales.

Celles-ci peuvent être primitivement ou secondairement générales, c'est-à-dire qu'une phlegmasie peut débuter par des symptômes locaux et plus tard se compliquer de symptômes généraux, ou bien la maladie peut débuter par des symptômes généraux et précéder les symptômes locaux.

On peut diviser les maladies générales en quatre classes.

PREMIÈRE CLASSE.

MALADIES GÉNÉRALES SPÉCIALEMENT CARACTÉRISÉES PAR LE TROUBLE DE LA CIRCULATION GÉNÉRALE.

1er *Ordre*. — Trouble général par altération dans la formation du sang.
2e *Ordre*. — Trouble par altération dans la composition du sang.

IIe CLASSE.

MALADIES GÉNÉRALES QUI RECONNAISSENT POUR CAUSE UNE LÉSION DE LA NUTRITION GÉNÉRALE.

1er *Ordre*. — Sur-activité de la nutrition ou diathèse hypertrophique.
2e *Ordre*. — État opposé ou diathèse atrophique.
3e *Ordre*. — Diathèse gangréneuse.
4e *Ordre*. — Perversion de toutes les nutritions.

IIIe CLASSE.

MALADIES GÉNÉRALES PAR LÉSION DE L'INNERVATION.

1er *Ordre*. — Sur-activité de la force d'innervation ou diathèse hypersthénique.
2e *Ordre*. — État opposé ou diathèse hyposthénique.
3e *Ordre*. — Irrégularité de cette force, diathèse ataxique.
4e *Ordre*. — Perversion de l'innervation.

IVe CLASSE.

MALADIES GÉNÉRALES CARACTÉRISÉES PAR UN TROUBLE DE TOUTES LES FONCTIONS OU DIATHÈSE PYREXIQUE.

Ces préliminaires étant posés, nos divisions étant connues, nous allons entrer dans le vaste domaine de la pathologie, en commençant par l'étude importante des maladies du tube digestif. (1).

(1) Dans le cadre que s'est imposé M. Andral, entre nécessairement la description d'un certain nombre de maladies que, dans l'état actuel de la science, on ne peut considérer que sous le seul rapport de l'anatomie pathologique. Nous avons dû être fort court sur ces maladies pour ne pas nous exposer à répéter inutilement ce qui se trouve déjà décrit dans le *Précis d'anatomie pathologique* de M. Andral, que nous devions supposer connu de nos lecteurs. A. L.

COURS

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

L'appareil digestif peut se diviser en deux portions, l'une *sus-diaphragmatique* et l'autre *sous-diaphragmatique*. Nous allons d'abord nous occuper des maladies de cette dernière, qui peut, elle-même, se diviser en *estomac, duodénum, intestin grêle et gros intestin.*

MALADIES DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

Les maladies de cette partie des voies intestinales jouent un rôle important dans la pathologie; peu d'affections sont aussi fréquentes, et il n'en est peut-être pas de plus intéressantes à étudier. Il n'est guère d'organe dont les maladies, en se prolongeant, ne déterminent quelque altération dans les voies digestives, et presque constamment les maladies générales portent leur action sur elles, quand leur point de départ a été en dehors du tube digestif.

Cependant la fréquence et l'importance de ces maladies n'ont pas toujours été aussi bien appréciées qu'elles le sont de nos jours. Nos prédécesseurs ne portaient pas dans les investigations cadavériques les soins minutieux, l'exactitude scrupuleuse qui ont donné tant de précision aux recherches modernes. Aussi ignoraient-ils les diverses modifications de couleur et de consistance de la membrane muqueuse, l'altération de ses follicules, les ulcérations dont elle est le siége, etc., connaissances que nous devons aux recherches nécroscopiques modernes et aux progrès de l'anatomie pathologique. C'est l'anatomie pathologique aussi qui a mis hors de doute la fréquence des affections du tube digestif, et qui a fait apprécier le rôle immense qu'elles jouent, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, qu'elles soient primitives ou consécutives.

Pourrait-il en être autrement? Si l'on peut poser en principe que la fréquence des altérations d'un organe est en raison de l'activité des fonctions qu'il remplit et de la complication de sa texture, quels organes, mieux que les organes digestifs, présentent à un plus haut degré ces deux conditions? Voyez leur texture : dans les intestins, comme dans l'estomac, on trouve des tissus qui ont une vie et une organisation particulière; dans leur composition entrent quatre membranes juxtaposées : une séreuse, une musculeuse, une fibreuse et une muqueuse; un double cercle artériel et veineux; des vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds; un système nerveux très-considérable et compliqué, qui, par les anastomoses du pneumo-gastrique avec les plexus solaires, soumet l'estomac à la double influence du système ganglionnaire et du système cérébro-spinal. Voyez leurs fonctions: ils exécutent un travail de sécrétion, un travail d'absorption, et enfin le plus grand de tous, celui de la digestion.

L'influence des autres organes sur l'appareil digestif est aussi un fait constant, et à toutes les époques de la science, quelques bons esprits ont reconnu qu'il y a peu de maladies qui affectent depuis longtemps un organe quelconque, qui ne déterminent une altération de l'estomac. Baglivi avait très-bien apprécié cette circonstance, quand il disait que *toute l'économie, soit saine, soit malade, exerce une grande influence sur le tube digestif.* Bordeu n'a-t-il pas écrit : *il y a peu de maladies dans lesquelles l'estomac ne joue un prin-*

cipal rôle, et où il ne devienne principal acteur à cause des rapports qu'il a avec les autres organes. On trouve dans Bartholin : *in omni febri acuto, imminet ventriculi inflammatio.* Cependant c'est aux travaux de M. le professeur Broussais que sont dues les lumières répandues sur ce sujet. *La connaissance des maladies de l'estomac,* a-t-il dit, est la clef de la pathologie.

C'est donc par l'étude importante des affections gastriques et intestinales que nous allons commencer ce cours.

Les maladies de cette portion du tube digestif peuvent se rapporter aux cinq grandes classes que nous avons établies. Nous allons commencer par les lésions de circulation.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

1er Ordre. — HYPÉRÉMIES.

L'hypérémie ou congestion sanguine siége souvent à l'estomac et à la partie supérieure du jéjunum ; mais les causes qui la produisent et son intensité variable doivent faire admettre trois genres de congestions.

1er *Genre.* Hypérémie active. C'est une congestion dans laquelle le sang est appelé dans les voies digestives sous l'influence de l'augmentation de l'irritabilité ; c'est souvent là le premier degré de l'état phlegmasique, et cependant il doit en être soigneusement distingué.

Caractères anatomiques. Dans ce premier genre d'hypérémie, la membrane muqueuse intestinale est finement injectée dans ses réseaux capillaires ; cette injection est partielle ou générale, bornée à quelques points d'un organe ou l'envahissant tout entier. Quand elle siége à l'estomac, elle est ordinairement bornée à quelques parties ; dans le jéjunum elle est plus souvent générale : cette lésion ne s'accompagne, du reste, d'aucune altération des tissus où elle siége, ce qui la distingue de l'état phlegmasique de ces organes, qui est presque toujours accompagné d'épaississement.

Causes. Cette hypérémie peut être primitive ; elle peut se montrer consécutivement à la suite d'une inflammation dont elle est la terminaison. Elle se montre dans le typhus sans qu'on puisse dire que ce soit là une inflammation. On l'observe aussi dans la variole, dans la scarlatine et dans les fièvres intermittentes, mais encore un coup, on ne saurait trop le répéter, ce n'est pas là une phlegmasie.

Symptômes locaux. Les symptômes locaux sont peu prononcés ; la langue est médiocrement injectée, jamais sèche, la soif est peu intense ; parfois on observe de légers vomissements.

Symptômes généraux. Si la congestion occupe une grande étendue de la surface des voies digestives, il peut y avoir fièvre, chaleur à la peau, céphalalgie et prostration subite des forces.

Marche et durée. Cette légère affection n'a rien de fixe dans sa marche ni dans sa durée ; elle peut se reproduire périodiquement, quitter un tissu pour y revenir bientôt, ce qui la différencie encore de la phlegmasie.

Terminaison. Le plus ordinairement sa terminaison est heureuse, cependant quand elle est consécutive elle est souvent mortelle ; elle peut aussi passer à l'état phlegmasique.

Traitement. Il faut appliquer les sangsues à l'épigastre ou à l'anus. Mais comme le plus ordinairement cette hypérémie n'est qu'un symptôme, il convient de remonter à la cause qui la produit, et de combattre les maladies qui l'occasionnent.

2e *Genre.* Hypérémie passive. Celle-ci se produit quand la somme d'excitabilité nécessaire pour que le sang soit porté hors du tissu est trop faible.

Caractères anatomiques. Ici il n'y a plus seulement injection fine et bornée aux capillaires, on trouve encore la dilatation et l'injection d'un certain nombre de gros vaisseaux.

Causes. Cette hypérémie est souvent consécutive aux phlegmasies ; elle peut être primitive lorsque des poisons végétaux ou animaux qui ont la propriété de frapper de mort les tissus, ont été portés dans l'estomac. On l'observe aussi fréquemment dans le scorbut.

Symptômes. Cette congestion doit troubler plus ou moins les fonctions de l'estomac et des intestins, cependant les symptômes sont peu sensibles et peu connus.

Traitement. Les émissions sanguines en font la base.

3e *Genre.* Hypérémie mécanique. *Causes.* Cette congestion est produite par une cause qui empêche le sang de sortir des veines. Ces obstacles peuvent exister dans la veine-porte. ainsi une phlébite de cette veine pourra en fermer le calibre ; Boerrhave en liant cette veine sur des chiens, produisait cette congestion. Ils peuvent exister dans le foie, par suite d'un engorgement de cet organe ; ils peuvent exister dans le cœur droit ; elle se produit sur les individus qui succombent à l'asphyxie.

Caractères anatomiques. On observe dans l'intestin une injection qu'il est facile de suivre depuis les plus petites veines jusqu'aux plus grosses, injection qui s'étend jusqu'aux vaisseaux mésentériques. Ce n'est donc plus seulement le système capillaire, mais tout le système veineux qui est ici injecté.

Un fait remarquable, c'est que cette forme d'hypérémie peut entraîner l'hypérémie active et même l'inflammation. En effet, le sang,

en stagnant dans les vaisseaux, peut les irriter en jouant le rôle de corps étranger, de véritable *stimulus*, dès lors l'économie doit travailler à son expulsion, travail qui se traduit par une inflammation éliminatoire ; c'est ce qu'on observe souvent chez les vieillards qui ont des varices.

D'après ce qui précède, lorsqu'après la mort on trouvera dans l'intestin de la rougeur, devra-t-on la rapporter à l'hypérémie précédente ? non, car d'autres sortes d'injection peuvent se produire, et l'on serait grandement dans l'erreur si, toutes les fois qu'on trouve l'intestin rouge, on concluait à l'existence d'une congestion morbide. On peut très-aisément produire une congestion en prenant une anse d'intestin d'un animal qui vient de mourir en la laissant pendre dans son milieu, après avoir préalablement fixé les deux bouts. Les liquides veineux, n'étant plus sollicités par la force centripète vitale, n'obéissent plus qu'aux lois de la pesanteur, et, retombant vers le point le plus déclive de l'intestin, le colorent en rouge. Il suit de là que l'on peut trouver cette injection dans les anses intestinales les plus déclives d'un cadavre quelconque. C'est là une véritable hypérémie cadavérique. De plus, quand la putréfaction commence, la matière colorante du sang abandonne les vaisseaux, filtre à travers leurs parois, puis s'épanche et vient sourdre à leurs extrémités.

Ainsi donc l'injection seule ne peut suffire pour caractériser une des trois hypérémies précédentes.

2e Ordre. — PHLEGMASIES.

De la gastro-entérite aiguë.

Caractères anatomiques. Les caractères anatomiques de la gastro-entérite aiguë donnés par les auteurs sont très-divers. Pour se faire une idée nette de ce qui a été dit à cet égard, il faut prendre un cas où une cause stimulante bien connue ait déterminé des lésions, et comparer ensuite si dans les cas d'inflammation survenue sous l'influence d'autres causes, les lésions que présente l'estomac sont les mêmes. C'est ce que nous allons faire, en prenant les poisons comme cause stimulante.

Que trouve-t-on quand on introduit un poison dans le corps d'un homme ou d'un animal ?

1° Il peut arriver que l'on ne trouve qu'une rougeur constituée, tantôt par des vaisseaux d'un certain volume engorgés, qui se présentent sous la forme d'une *arborisation* et qui en prend le nom. D'autres fois, cette rougeur est constituée par des linéaments, ou s'offre sous la forme de bandelettes. Dans quelques cas enfin, la surface interne de l'estomac présente des petits points rouges très-multipliés dont l'ensemble est appelé *rougeur pointillée.* C'est dans les villosités de la membrane muqueuse qu'on la rencontre souvent ; elle est l'indice le plus sûr de l'existence d'une inflammation.

2° On peut rencontrer le ramollissement de la membrane muqueuse existant à différents degrés ;

3° Des ulcérations de la muqueuse. Cette lésion est moins fréquente que la rougeur, et ces ulcérations sont ordinairement petites et multipliées ;

4° La gangrène de la membrane muqueuse peut être le résultat de l'empoisonnement.

5° On trouve aussi diverses lésions constituées par des altérations des sécrétions, comme une exhalation de sang, une augmentation dans la quantité du mucus, formation de fausses membranes.

Le plus ordinairement, la membrane muqueuse seule est affectée, et les autres conservent leur état normal. Mais si le poison a agi longtemps et avec activité, les autres membranes peuvent être injectées, ramollies et même ulcérées ; alors il y a perforation de l'estomac.

Le volume de l'estomac peut rester le même ; d'autres fois il est rétracté, comme, par exemple, dans l'empoisonnement par l'acide nitrique.

Voilà donc les lésions qui déterminent les empoisonnements : rougeur, ramollissement, ulcération, gangrène, perforation, altération des sécrétions. Maintenant, toutes les fois qu'après la mort, on trouve les mêmes lésions que dans l'empoisonnement, on peut presque toujours les considérer comme étant le résultat de l'inflammation, et les symptômes qui se sont présentés pendant la vie, comme traduisant fidèlement les phénomènes propres à l'inflammation de l'estomac.

Examinons si la gastro-entérite aiguë nous présentera toutes les lésions qui se manifestent dans l'empoisonnement.

1° Nous trouvons dans la gastro-entérite aiguë une simple rougeur de l'estomac, pouvant présenter tous les degrés et toutes les nuances qui se rencontrent dans l'empoisonnement. Quelquefois même on trouve une couleur noirâtre de l'estomac qui n'est que le résultat de l'engorgement du sang dans les vaisseaux ; 2° la rougeur peut être accompagnée du ramollissement de la membrane muqueuse, existant à divers degrés ; 3° on peut trouver des ulcérations ; mais ce phénomène est rarement le résultat d'une inflammation aiguë de l'estomac : on le rencontre quelquefois cependant chez de très-jeunes enfants ; 4° on a vu dans plusieurs cas la gastro-entérite aiguë produire une exhalation de sang à la surface de la muqueuse. On a vu quelquefois cette muqueuse recouverte d'une couche de mucus épais, et en enlevant ce mucus la membrane muqueuse présentait une rougeur

considérable au dessous. Il est très-rare de trouver du pus au lieu de mucus sur la surface de l'estomac. Enfin on a constaté aussi la présence de fausses membranes; mais ces cas sont excessivement rares chez l'adulte. Chez l'enfant, au contraire, on les a plusieurs fois observées coïncidant presque toujours avec l'existence de fausses membranes dans les voies de la respiration; 5° la gangrène peut aussi, mais dans des circonstances rares, être le résultat d'une gastro-entérite. Comme dans l'empoisonnement, il peut arriver que toutes les membranes de l'estomac participent de l'inflammation, et soient toutes altérées. Elles peuvent présenter des modifications de sécrétion, de consistance. Ainsi l'on a trouvé du sang épanché, une infiltration de pus, un emphysème du tissu cellulaire sans putréfaction.

Parmi les lésions que nous venons d'indiquer, il y en a qui sont l'indice certain d'une inflammation. D'autres, au contraire, peuvent être le résultat d'une autre cause; telles sont la rougeur et les modifications de consistance de la membrane muqueuse. Ainsi les divers degrés de la rougeur peuvent dépendre: 1° d'une congestion toute passive au moment de l'agonie; 2° d'une cause toute mécanique, comme on le voit quelquefois à la suite des anévrysmes du cœur; 3° être un résultat purement cadavérique, phénomène qui survient lorsque le cadavre n'est ouvert que longtemps après la mort, surtout s'il est resté exposé dans une atmosphère échauffée, comme celle du lit où il est mort, et que la putréfaction commence à se manifester. La rougeur est occasionnée, dans ce cas, par la transsudation; elle est surtout manifeste à la portion de l'estomac qui est en contact avec la rate. Les modifications dans la consistance peuvent aussi dépendre d'autres causes que de l'inflammation. Ainsi on a vu le ramollissement de la muqueuse de l'estomac chez des animaux qui venaient d'être tués en parfaite santé. Cette circonstance ne s'est présentée que dans le cas où l'animal avait été sacrifié pendant le travail de la digestion, et l'on a expliqué le phénomène par la présence du suc gastrique dans l'estomac. Il est vrai de dire cependant que ce phénomène du ramollissement pendant la digestion n'est pas constant.

Pour bien apprécier les lésions cadavériques qui sont propres à la gastro-entérite aiguë, il est bien important d'avoir toujours à la pensée l'état normal de la membrane muqueuse de l'estomac. Dans l'état sain, elle a une teinte blanche, légèrement rosée. Si ces caractères manquent, soyez assuré que les diverses modifications que vous trouverez seront le résultat, soit d'un état pathologique de l'estomac, soit d'un travail mécanique ou cadavérique. Malheureusement ces différences ne sont pas faciles à apprécier.

Causes. Parmi les causes de la gastro-entérite aiguë, les unes sont extérieures et existent loin de l'homme; d'autres sont intérieures et existent dans l'homme lui-même.

Les causes extérieures sont très-nombreuses. On peut en distinguer quatre principales: 1° l'influence atmosphérique; 2° les aliments; 3° les boissons; 4° les substances vénéneuses.

1° L'influence atmosphérique, pour déterminer la gastro-entérite, agit de plusieurs manières, suivant les climats. On peut dire d'abord qu'elle est commune à tous, mais que cependant elle y présente des variétés fort notables. Dans les climats froids, les symptômes locaux sont beaucoup plus marqués que les symptômes généraux. Dans les climats chauds, au contraire, les symptômes locaux sont masqués par les symptômes généraux, avec d'autant plus d'intensité, que la température est plus élevée. Dans les pays chauds, les symptômes généraux sont dus à l'action exercée sur les organes qui sympathisent le plus avec l'estomac, tels sont le cerveau et le foie. De là les états ataxiques et bilieux que prennent, dans ces pays, les inflammations gastriques. Dans les pays froids, la gastro-entérite a pour caractère particulier d'augmenter les sécrétions muqueuses. Elle offre alors ce que les auteurs ont désigné sous le nom de fièvres muqueuses. Dans les pays où la température est très-variable, la gastro-entérite prendra tous les caractères propres à la température régnante.

2° Les substances alimentaires doivent jouer un grand rôle dans les causes de la gastro-entérite aiguë, et il importe d'entrer dans quelques détails à ce sujet. Les aliments qui peuvent être introduits dans l'estomac sont fort nombreux et présentent de grandes différences dans leur nature, dans leur composition et dans leur mode d'action. Parmi ces substances, il y en a qui sont irritantes et qui contiennent beaucoup d'osmazôme, comme les viandes noires, ou celles qui sont fortement épicées. Faut-il admettre que ces substances déterminent la gastro-entérite aussi fréquemment qu'on l'a prétendu? Nous ne le pensons pas, et nous croyons que lorsque la gastro-entérite survient dans ces cas là, c'est parce que l'estomac jouit d'une grande sensibilité, et qu'il existe des dispositions particulières. Qu'un individu, par exemple, quitte un climat froid, où il se nourrissait de substances irritantes, pour habiter un climat plus chaud, où il conserve le même régime; probablement qu'une gastro-entérite se déclarera chez lui. Dans ce cas, ce sera à l'influence réunie de l'alimentation et du climat qu'elle sera due.

Il y a des aliments qui sont accidentellement irritants, tels que la viande et le sang putréfiés. On a reconnu, dans ces dernières années, que des préparations animales, telles que la charcuterie et le fromage en putréfaction,

produisaient des gastro-entérites très-aiguës. La chimie a démontré qu'il se produisait dans ces substances un véritable poison. Les farines altérées peuvent aussi déterminer la gastro-entérite, et cette altération des farines peut venir de plusieurs causes, soit de la manière dont s'est formé le grain, comme dans le seigle ergoté, par exemple; soit par des matières délétères mêlées au grain; soit enfin par les farines qui, abandonnées à elles-mêmes, se sont avariées en subissant un commencement de fermentation. Dans ces cas là, l'estomac, soumis longtemps à des aliments chargés de principes délétères, devient malade, plus ou moins longtemps après, selon le degré de susceptibilité de cet organe.

Certains aliments doivent être considérés comme cause de gastro-entérite, parce qu'ils contiennent une trop grande quantité de matière chylifiable. Ainsi, qu'une nourrice présente un lait trop nourrissant à un enfant, celui-ci aura des indigestions, présentera des mouvements fébriles. Si on recherche la cause de ces accidents, on la trouve dans le lait qui contient trop de caséum; et cela est si vrai, qu'on ramène l'enfant à la santé en étendant le lait d'une certaine quantité d'eau. Telle est encore la raison des phénomènes morbides qui arrivent aux enfants nourris avec le lait de vache, beaucoup plus nourrissant que le lait de femme.

Il y a des aliments qui nuisent parce qu'ils sont difficilement attaquables par les forces digestives. Ce sont ceux que l'on désigne vulgairement sous le nom de lourds. Il faut distinguer l'action que ces aliments exercent, de celle exercée par les aliments irritants. Sous l'influence des aliments lourds, l'inflammation de l'estomac résulte de la réaction secondaire, qui se détermine dans cet organe pour dissoudre ces substances. Dans se nombre, on range la viande de porc, à cause de sa texture serrée, les champignons, etc. Ces aliments lourds agissent d'ailleurs selon les individus et selon les circonstances où ils se trouvent; leur digestion sera difficile, et leur action délétère prompte, chez les individus qui ne font aucun exercice; ceux qui, au contraire en font beaucoup, n'en éprouveront aucune incommodité, à cause de cette admirable sympathie qui fait augmenter les forces de l'estomac en raison directe de la déperdition de celles des autres organes. D'autres aliments sont cause de gastro-entérite parce qu'ils sont totalement réfractaires aux forces digestives; ils agissent comme de véritables corps étrangers. De ce nombre sont les pains faits avec la farine d'avoine, de sarrazin, qui contiennent une très-grande quantité de son ou de ligneux, relativement à une très-petite quantité de gluten. Ce pain agit de plus comme alimentation insuffisante, et les individus qui s'en nourrissent ont une prédisposition à la gastro-entérite.

Enfin il y a des aliments qui agissent pour produire la gastro-entérite, non parce qu'ils sont irritants ou réfractaires aux forces digestives, mais parce qu'ils contiennent quelque chose qui répugne à l'estomac. Ainsi les moules, introduites à certaines époques de leur existence, déterminent la gastro-entérite en même temps qu'une irritation à la peau. Il en est de même de certains poissons. Le lait lui-même, modifié chez une nourrice par une émotion morale, détermine promptement une gastro-entérite chez l'enfant qui s'en nourrit; il agit comme un véritable poison, parce que la sécrétion a été troublée par l'influence nerveuse. Ne sait-on pas que le venin de certains animaux est beaucoup plus terrible quand ils sont en colère?

Les aliments ordinaires, par cela seul qu'ils sont introduits en trop grande quantité, peuvent donner lieu à une gastro-entérite, qui n'est comme dans le cas des aliments réfractaires aux forces digestives, que le résultat d'une réaction trop énergique de l'estomac pour les dissoudre. C'est là ce qui détermine les indigestions.

D'autres fois, il peut arriver qu'une alimentation insuffisante, continuée pendant longtemps, fasse naître des phénomènes inflammatoires. Ainsi il y a danger pour un enfant de se nourrir d'un lait pauvre en caséum; bientôt on le voit dépérir et présenter les symptômes d'une gastro-entérite. La suppression d'aliments est aussi cause de la gastro-entérite, car on peut poser en principe que l'inactivité d'un organe aide à l'inflammation de cet organe, aussi bien que son excès d'activité. On en possède des preuves nombreuses. Si on laisse périr de faim un animal, on trouve après sa mort la muqueuse de l'estomac rouge et tuméfiée, et si on l'examine pendant qu'il est soumis à la diète, on voit qu'il a des nausées, des vomissements d'une matière rouge et filante. Sur les villosités de la muqueuse d'un animal mort de faim on trouve un suc gastrique extrêmement actif, ce qui pourrait expliquer le fait rapporté par Hunter, qui trouva l'estomac perforé chez un homme mort de faim. L'individu qui est privé complétement d'aliments a des nausées; sa langue devient rouge et sèche, il est tourmenté d'une soif inextinguible, il a des mouvements fébriles très-marqués. Celui qui n'en prend qu'une très-petite quantité présente les mêmes phénomènes, et si l'on veut en introduire dans son estomac, il faut se souvenir que l'on a affaire à un organe enflammé. Dans certains cas de diète prolongée, la gastro-entérite est tellement imminente, par la grande sensibilité de l'estomac, que le moindre aliment, une goutte d'eau de poulet, vont la déterminer sur-le-champ avec beaucoup d'intensité.

3° Les boissons ont aussi leur rang parmi les causes de la gastro-entérite aiguë. Toutes les eaux non potables peuvent déterminer l'inflammation de l'estomac. Les liqueurs alcooliques, prises en trop grande quantité et fréquemment, sont certainement une cause de cette maladie, quoique ici, comme pour les aliments, il faille admettre qu'elles n'agissent efficacement qu'autant que l'estomac est prédisposé à l'inflammation. Quand on introduit de l'alcool dans l'estomac d'un animal vivant, on voit qu'il coagule le mucus qui s'y trouve, et qu'ensuite il disparaît très-promptement; l'ivresse est le résultat de l'influence directe de l'alcool, qui ne détermine la gastro-entérite que lorsqu'il n'est pas absorbé. Les boissons très-chaudes peuvent aussi déterminer la gastro-entérite; elles agissent alors par brûlures.

4° Les poisons agissent diversement pour déterminer la gastro-entérite; aussi les divisons-nous en trois classes : 1° les uns agissent seulement sur l'estomac; tels sont les acides concentrés; les alcalis; 2° les autres agissent en même temps sur l'estomac et sur d'autres organes, comme le sublimé corrosif; 3° enfin, les poisons qui n'agissent sur l'estomac que médiatement et par absorption; tels sont les principes délétères provenant de différentes sources, comme les miasmes, les virus qui ont le plus souvent pour effet de déterminer une gastro-entérite. Comment agissent-ils sur l'estomac? C'est une question qui est loin d'être résolue; mais le fait n'en est pas moins constant. Ainsi, introduisez un virus quelconque dans le tissu cellulaire d'un animal; parmi les phénomènes généraux que vous apercevrez, vous remarquerez les symptômes d'une gastro-entérite, et après la mort vous trouverez la muqueuse gastrique enflammée. Dans le typhus, dans la variole, il y a presque toujours complication de gastro-entérite; il est bien établi que les miasmes marécageux peuvent avoir pour effet de déterminer l'inflammation de l'estomac; mais cette inflammation n'est pas essentielle, et ce n'est pas elle qui constitue la fièvre intermittente.

Les causes intérieures de la gastro-entérite, ou celles qui existent dans l'homme, et qu'on peut appeler prédisposantes, sont en assez grand nombre. En première ligne, nous devons ranger la gastrite chronique. C'est surtout dans le cas de gastrite chronique que les aliments excitants sont favorables à la production d'une gastrite aiguë. L'inflammation de la muqueuse pulmonaire et de la muqueuse des voies urinaires la déterminent pareillement dans certains cas. Certaines phlegmasies de la peau, comme la variole, sont précédées par la gastrite; quelquefois elles coïncident pendant toute leur durée avec cette inflammation, comme l'érysipèle, une brûlure profonde. Dans d'autres cas, l'estomac ne s'enflamme que secondairement. Quant aux affections de l'encéphale, les phénomènes gastriques qui se manifestent alors sont purement sympathiques; cet organe, en effet, agit bien moins sur l'estomac, que l'estomac n'agit sur lui. Une péritonite intense détermine des vomissements qui semblent annoncer une gastrite. A l'autopsie cependant on ne trouve aucune trace d'inflammation.

Tous les âges sont sujets à la gastro-entérite; on l'a même rencontrée sur des fœtus morts dans le sein de leur mère. Dans ce cas, elle ne pouvait être le résultat que d'une cause intérieure.

Symptômes. Les divers désordres fonctionnels qui accompagnent la gastro-entérite, peuvent dépendre d'une foule de causes bien différentes, telles que de l'intensité de la maladie, ou des conditions générales de sécrétion, d'absorption, d'hématose, etc. C'est dans ces derniers cas qu'il est bon de dire qu'il faut étudier le malade avec la maladie.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les symptômes de la gastro-entérite. Ceux-ci admettent comme constant un symptôme que d'autres rejettent, pour lui en substituer un autre, rejeté par les premiers. Afin de vous bien fixer sur ce sujet, il nous paraît utile d'adopter pour les symptômes, la marche que nous avons suivie relativement aux causes, et d'examiner ce qui se passe dans l'économie, quand on introduit un poison dans l'estomac. Après cette introduction, l'estomac est le siége d'une douleur plus ou moins vive; le malade éprouve une soif variable en intensité; les vomissements surviennent, la langue rougit, se couvre d'un enduit blanchâtre, jaune ou verdâtre; puis elle brunit, se dessèche, se fendille, devient râpeuse. Souvent la fièvre s'allume, mais sous différents types, en déterminant tantôt une réaction, tantôt une prostration extrêmes; la respiration devient de plus en plus gênée; l'urine est rare, rouge; quelquefois le foie s'affecte sympathiquement, et alors survient un ictère.

Tels sont les principaux symptômes que détermine l'inflammation de l'estomac, à la suite d'un empoisonnement.

Dans la gastro-entérite aiguë, nous avons aussi des symptômes locaux et des symptômes généraux, et ils sont en si grand nombre que celui qui les chercherait tous réunis, pour établir son diagnostic, courrait grand risque de se tromper.

Les symptômes de la gastro-entérite ne surgissent pas toujours tout à coup. Ainsi on voit souvent certains malades être atteints de dégoût, de perte d'appétit, de céphalalgie plus ou moins intense. Ces symptômes sont suivis bientôt d'un état de malaise général, de douleurs vagues dans les membres, quelquefois

d'un très-grand accablement. De ces prodrômes qui n'existent pas toujours, on ne doit pas conclure que la maladie soit générale avant de se localiser; ils ne sont que le résultat des sympathies de l'estomac irrité sur les divers organes.

Plus ou moins longtemps après cette période d'invasion, les malades éprouvent ordinairement un frisson violent, suivi de chaleur et de douleur vers l'épigastre, ou vers les parties environnantes. Cette douleur n'existe pas toujours; elle est, en général, moins vive que celle qui résulte de l'inflammation d'une séreuse; quelquefois cependant elle est atroce. Cette douleur présente d'ailleurs toutes les nuances d'intensité, depuis une simple gêne, une tension, une pesanteur, jusqu'à la douleur la plus vive, qui fait jeter les hauts cris aux malades. Ils la comparent souvent à celle qu'ils éprouveraient si leur estomac était resserré ou comprimé, ou bien encore à celle qui résulterait d'une barre transversale qui péserait sur l'épigastre. La douleur ne présente pas toujours le même type; elle est tantôt continue, et conservant la même intensité; tantôt elle a des exacerbations le soir, en même temps que la fièvre; quelquefois elle est intermittente régulière ou irrégulière. Elle peut exister dès le début, ou seulement quelque temps après l'invasion. Le malade peut n'en avoir pas la conscience, s'il est dans un état comateux; mais, dans ce cas, en pressant l'épigastre, si l'expression de la face change, si ses traits se grippent, s'il porte machinalement la main à l'épigastre, vous pourrez conclure que la douleur existe. Cette douleur est ordinairement augmentée par la pression; d'autres fois elle n'est ressentie qu'à l'ingestion des aliments liquides, même les plus doux. La température de ces liquides, peut occasionner des douleurs, ainsi que la trop grande quantité de boissons; souvent l'eau seule ne peut être supportée.

Le siége de la douleur n'est pas invariable; ainsi elle peut exister à l'épigastre, ou vers l'hypochondre gauche, ou vers le centre phrénique, et c'est dans ce cas, que l'on voit ordinairement la face s'affecter profondément. Elle se fait sentir quelquefois vers la grande courbure, qui peut se trouver très-bas, si l'estomac est distendu par des liquides, ou par des gaz. Dans quelques cas, elle est éprouvée vers l'appendice xiphoïde, à la partie inférieure du sternum; dans quelques autres, elle se propage le long de l'œsophage, jusqu'au pharynx, d'autres fois elle est vague, et elle s'irradie de différents côtés de la poitrine; elle peut enfin être circonscrite aux attaches du diaphragme. Il est très-important de connaître les différents siéges que peut affecter la douleur, pour éclairer le diagnostic. Il faut aussi remarquer que l'intensité de la douleur n'est pas toujours en rapport avec la gravité des autres symptômes.

L'appétit est ordinairement nul dans la gastro-entérite aiguë; il peut, cependant, se faire sentir; mais ici faites bien attention que quelques malades attribuent à un besoin de manger, le sentiment de tiraillement qu'ils éprouvent. Il en est qui ont réellement de l'appétit; et qui mangeraient avec plaisir; mais tous les symptômes s'aggravent beaucoup s'ils satisfont ce besoin. Les personnes pléthoriques éprouvent un retour d'appétit, avant que tous les symptômes de la gastro-entérite aient disparu. Vous ne serez pas trop sévère à leur égard, si le besoin de manger devient impérieux; vous pourrez accorder de l'eau de poulet, du lait coupé, de l'eau de veau, etc. Quelquefois aussi on voit l'anorexie persister après la disparition de tous les autres symptômes de la maladie. Dans ce cas, ne vous hâtez pas de donner des toniques ou des stomachiques; attendez quelque temps sans agir: l'appétit ne tardera pas à reparaître de lui-même.

La soif a été considérée comme symptôme caractéristique de la gastro-entérite aiguë; elle n'existe cependant pas toujours; quelquefois elle est très-vive, inextinguible; il y a appétence de boissons froides, et ce serait une grave erreur de contrarier le malade sur ce point, en lui donnant des boissons chaudes ou sudorifiques.

Le plus ordinairement, les malades éprouvent des nausées; souvent des vomissements. Quelquefois ces vomissements n'ont lieu qu'au début; dans quelques cas, ils manquent dans tout le cours de la maladie. Souvent aussi les vomissements sont déterminés par un traitement peu rationnel, soit qu'on ait donné trop tôt quelques légers excitants, soit qu'on ait persisté outre mesure dans les boissons mucilagineuses. Les matières vomies peuvent être inodores ou fétides. Elles peuvent n'être constituées que par les boissons, ou bien par une matière filante; dans ce cas, l'anxiété est extrême : quelquefois par une quantité de bile, plus ou moins grande, d'autres fois par du sang pur ou altéré.

Tels sont les symptômes locaux de la gastro-entérite aiguë : douleur, anorexie, soif, nausées, vomissements. Ils peuvent se trouver tous réunis, comme aussi quelques-uns peuvent manquer. Ils peuvent aussi prédominer les uns sur les autres.

La gastro-entérite aiguë donne lieu à des symptômes généraux dans le tube digestif et hors de ce tube. Elle détermine ordinairement une constipation qui dure tout le temps de la maladie. Mais c'est surtout dans la partie du canal digestif située au-dessus du diaphragme, que l'inflammation de l'estomac détermine des symptômes généraux. La bouche

surtout offre des lésions notables à étudier : elle est ordinairement amère, chaude, pâteuse ; les lèvres rouges, fendillées, saignantes, couvertes quelquefois de croûtes épaisses; les gencives sont douloureuses et tuméfiées ; les dents couvertes d'une couche épaisse de tartre.

La langue présente à étudier de nombreuses variétés, dans sa couleur, son volume, sa sécheresse, ses enduits, etc. Elle peut être affectée dans sa sensibilité ; elle peut offrir une chaleur brûlante ; elle peut être augmentée dans son volume, ce qui est l'effet d'une gastro-entérite très-aiguë ; elle peut être effilée à sa pointe ; ses mouvements peuvent être plus ou moins difficiles. Quant à la couleur, elle peut être normale, ce qui est rare ; ou, ce qui est plus fréquent, rouge à la pointe et sur les bords, et jaunâtre au centre; cette rougeur est ordinairement pointillée, caractère de la gastro-entérite aiguë. Elle devient quelquefois très-sale et noire, ce qui annonce une très-grande intensité dans l'inflammation. Dans le cours d'une gastro-entérite, la langue peut être humide ou sèche, lisse ou râpeuse, collante ou croûteuse. Une vive rougeur ou une extrême pâleur peuvent coïncider avec ce dernier état de la langue. Elle peut ne présenter aucun enduit, ou en offrir un muqueux, blanc ou jaunâtre, plus ou moins épais. Elle se trouve quelquefois enduite de sang qui a suinté et s'est arrêté à sa surface. Toute la bouche peut enfin être recouverte d'une couche couenneuse.

Ces divers états de la langue peuvent se rencontrer dans la gastro-entérite aiguë, avec ou sans complication. Il ne faut pas cependant exagérer l'importance des symptômes fournis par cet organe, relativement au diagnostic de la gastro-entérite. Il est certain que l'état de la langue n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Elle est d'ailleurs affectée dans d'autres maladies que l'inflammation de l'estomac; elle ne l'est pas toujours quand l'estomac est enflammé.

Les symptômes généraux fournis par les autres organes varient suivant les individus. La circulation est la fonction la plus altérée. Les malades éprouvent de la chaleur, le pouls est accéléré, la fièvre s'allume. Quelques individus offrent tous les symptômes de la fièvre inflammatoire, avec céphalalgie et rougeur des pommettes ; le pouls est fort et fréquent, la peau brûlante, tantôt sèche tantôt humide ; chez d'autres, avec l'accélération du pouls, se rencontre une teinte des ailes du nez et de la conjonctive, la langue devient noire et ils présentent tous les caractères assignés aux fièvres bilieuses. Chez quelques-uns enfin, le pouls est moins accéléré, la chaleur est plus douce et non mordicante ; mais ils présentent un écoulement muqueux abondant, et alors se dessinent tous les traits qui caractérisent la fièvre muqueuse.

Ces trois groupes de symptômes traduisent tantôt trois états différents de l'estomac, tantôt indiquent les conditions diverses de l'économie, au moment où la gastro-entérite a fait son invasion. On la voit dans certains cas prendre ces trois caractères, être d'abord inflammatoire, puis bilieuse et enfin muqueuse, et, quand le malade guérit, repasser de l'état muqueux à l'état bilieux pour revenir et se terminer à l'état inflammatoire. Quelquefois la fièvre manque, et cela se rencontre dans les gastro-entérites intenses par cause d'empoisonnement, ou dans celles qui sont accompagnées d'un trouble profond dans l'innervation. Le pouls est quelquefois ralenti. Dans d'autres circonstances, la respiration est sympathiquement troublée, ce qui s'annonce par une toux sèche que M. Broussais appelle *stomacale*, par une gêne de la respiration ou par quelques points douloureux dans l'étendue de la poitrine.

La sécrétion des glandes salivaires peut être augmentée. L'engorgement des parotides a rarement lieu. Le foie, surtout dans les climats chauds et chez les personnes bilieuses, peut s'affecter sympathiquement. Il peut y avoir malaise général ou partiel ; l'urine peut être rare, rouge ou sécréter l'acide rosacique ou du sucre, comme chez une femme que j'ai eu occasion d'observer.

Les phénomènes nerveux peuvent se traduire, ou par excès de douleur ou par des vomissements fréquents. Ces symptômes peuvent porter, 1° sur la sensibilité qui se manifeste par la céphalalgie qui survient soit au début, soit dans le courant, soit vers la fin de la maladie; elle peut être forte ou légère, générale ou partielle : c'est quelquefois le phénomène qui prédomine. Cette sensibilité peut se manifester par des douleurs lombaires, qu'on pourrait croire rhumatismales ; par de la douleur à la peau, ou à d'autres parties ; par le trouble de la vue, de l'ouïe, par des mouvements convulsifs ou par des tremblements dans les membres, par des soubresauts des tendons ; 2° sur l'intelligence qui peut rester intacte ou se troubler; il y a quelquefois délire et coma qui se succèdent. Ces deux phénomènes peuvent être intermittents et simuler une fièvre intermittente pernicieuse ; 3° sur la force vivifiante du cerveau qui peut diminuer beaucoup ; c'est alors que survient une grande faiblesse ; dans ce cas on donne à la gastro-entérite le nom de fièvre ataxique ou adynamique, suivant qu'il y a réaction ou prostration de forces. Mais ces deux états morbides ne sont pas sous la dépendance exclusive de la gastro-entérite ; ils peuvent être liés à une gastro-entérite, à une colite, ou bien coïnci-

der avec l'inflammation de tout autre organe. L'époque de l'apparition de ces symptômes généraux varie; ils peuvent être précédés par la fièvre, ou paraître d'emblée.

Durée. La durée de la gastro-entérite est variable : elle peut être de quelques heures à quelques jours, d'où il suit que le traitement peut la modifier ou l'enlever.

Marche. Elle est ordinairement continue, cependant elle affecte par fois le type intermittent, comme Mongellaz en rapporte des exemples. On en observe qui n'ont que des perturbations périodiques. L'intermittente peut être régulière ou irrégulière.

Terminaison. La gastro-entérite aiguë peut se terminer de différentes manières : par le retour de la santé ; par une gastrite chronique ; par une espèce de métastase qui peut se porter ou sur le foie, ou sur les intestins, ou sur le cerveau ; par la mort qui peut résulter soit de l'intensité de la maladie et des phénomènes sympathiques, soit d'une perforation, et alors le malade succombe à une péritonite.

On peut être atteint plusieurs fois de gastro-entérite aiguë ; elle peut se renouveler à des intervalles à peu près fixes, et dans ce cas, ou bien elle laisse le malade dans une rémission complète dans l'intervalle des attaques, ou bien elle détermine une susceptibilité de l'estomac, que la moindre irritation change en gastro-entérite. Il y a des individus qui en sont atteints à chaque renouvellement des saisons.

Variétés. Les variétés de la gastro-entérite aiguë dépendent de son siége, de la nature des symptômes et de celle de ses causes. Quant au siége, elle peut être générale ou partielle, pylorique, folliculeuse, villeuse, etc. Il faut distinguer la gastro-entérite produite par l'empoisonnement de celle qui survient sous l'influence de causes fort diverses, et qui peuvent dépendre de l'état antécédent de l'économie, du tempérament, de la constitution, de la température, des aliments, des âges. Chez les vieillards affectés de gastro-entérite, par exemple, la langue devient sèche, noire, et il survient une prostration adynamique. Quant aux variétés fournies par les symptômes, on peut les réduire à deux : 1° la gastro-entérite avec prédominance de symptômes locaux ; 2° la gastro-entérite avec prédominance de symptômes généraux, qu'ils portent soit sur l'appareil nerveux, soit sur l'appareil circulatoire.

D'après toutes ces considérations, il vous sera facile d'établir le *diagnostic* de la gastro-entérite aiguë.

Le *Pronostic* varie suivant l'intensité de la maladie, suivant les causes, suivant la durée, suivant la constitution et l'âge des malades. Sur des sujets robustes ou non affaiblis par l'âge, la gastro-entérite est une maladie peu grave. En général, elle n'entraîne la mort qu'après quinze ou vingt jours de durée. Elle est quelquefois mortelle en quelques heures ; mais ces cas ne se rencontrent guère que dans les empoisonnements.

Traitement. Le traitement de la gastro-entérite aiguë varie, 1° d'après l'intensité des symptômes locaux ; 2° d'après la nature des symptômes généraux ; 3° d'après la marche de la maladie ; 4° d'après les causes.

1° D'après les symptômes locaux ; s'ils sont légers, il suffira de la diète et de quelques boissons adoucissantes, comme de l'eau d'orge, de l'eau de gomme, la fleur de mauve infusée, l'eau sucrée et quelquefois l'eau simple ou édulcorée avec le sirop de groseilles, le suc d'oranges, de cerises, etc. Consultez les goûts du malade et la susceptibilité de l'estomac. Vous donnerez les boissons en quantité relative à la soif du malade, et vous les administrerez tièdes en hiver, froides en été. Si les symptômes sont plus graves, il faut appliquer des sangsues à l'épigastre ou à l'anus, et si elles améliorent l'état du malade d'une manière permanente, une application suffira. Si l'amendement qu'elles ont procuré n'est que léger, il faut y revenir ; si elles n'en ont procuré aucun, essayez encore, si les forces du malade le permettent. Administrez les mêmes boissons, et si le malade ne peut les supporter, ne lui donnez que de l'eau pure et en petite quantité. Pour les jeunes enfants, une ou deux sangsues suffiront ; mais prenez garde de bien arrêter le sang, car l'hémorrhagie qu'elles déterminent peut être mortelle. Il faudra aussi modifier le lait de la nourrice, en la mettant à la diète ; ou sevrer l'enfant, s'il est assez âgé, ou bien couper le lait avec de l'eau d'orge. L'on pourra entourer leurs pieds avec des cataplasmes chauds de farine de graine de lin. Pour calmer les symptômes locaux, on peut appliquer des cataplasmes émollients sur l'épigastre, faire des fomentations émollientes, prescrire des bains généraux. N'employez pas des révulsifs ; ils sont plus nuisibles qu'utiles. Si la douleur est très-intense, il faut laisser couler longtemps les sangsues, faire des fomentations opiacées ; mais vous vous garderez bien de donner de l'opium à l'intérieur. Si les vomissements sont fréquents, les boissons acidulées ou l'eau de Seltz conviennent très-bien. On peut aussi provoquer un mouvement brusque par un grain de tartre stibié ; ils cessent quelquefois après l'emploi de ce moyen. L'eau à la glace, l'application de la glace sur l'estomac réussissent quelquefois, mais il faut employer ces moyens avec prudence.

2° D'après les symptômes généraux ; si la gastro-entérite se présente sous la forme d'une fièvre inflammatoire, il faut avoir recours aux émissions sanguines générales. Les sangsues

sont préférables sous la forme bilieuse ; sous la forme muqueuse, il faut être avare d'émissions sanguines. Quand la gastro-entérite s'accompagne de phénomènes ataxiques ou adynamiques, il y a une distinction importante à faire ; si, chez un sujet fort, l'adynamie paraît au début, il faut saigner largement, parce qu'alors il y a concentration des forces qui se rétablissent avec la saignée. Si l'adynamie est survenue avant l'ataxie, ou si celle-ci est survenue peu à peu, il faut être avare de saignée, de révulsifs, et de stimulants. Il en est de même si la gastro-entérite reconnaît pour cause des influences miasmatiques. Dans certains cas d'adynamie, survenue lentement et graduellement, il faudra administrer des toniques en lavement avec de l'amidon. Mais si la face est rouge, qu'il y ait des mouvements convulsifs, quoique la prostration soit grande, il faut saigner.

3° D'après la marche ; si la gastro-entérite aiguë se présentait franchement sous le type intermittent, on pourrait administrer le sulfate de quinine, dans les intervalles de rémission.

4° D'après les causes ; si la gastro-entérite est due à un empoisonnement, il faut faire vomir avec de l'eau tiède ou par la titillation de la luette, ou par un émétique. On administre ensuite les contre-poisons, qui sont, pour les acides, la magnésie et les alcalis végétaux ; pour l'arsénic, l'eau de chaux et le tritoxyde de fer hydraté ; pour le cuivre, l'albumine dissoute dans l'eau. Il ne faudra pas négliger de remplir les indications que pourront offrir les centres nerveux.

La convalescence est courte en général. Dans certains cas elle est longue, et, pour la moindre cause les malades éprouvent des rechutes. Il faut éviter d'alimenter trop tôt les malades, de les soumettre à une alimentation trop nourrissante. Il ne faut pas cependant se jeter dans un excès contraire, car une diète trop prolongée est tout aussi bien cause d'une rechute qu'une alimentation trop hâtive ou trop énergique. D'une privation intempestive d'aliment résultent aussi une susceptibilité très-grande de l'estomac et un état symptomatique, que l'on désigne sous le nom d'*Eréthisme nerveux*. L'alimentation doit commencer par le lait, des bouillons de veau, des potages à la fécule, de la semoule cuite dans l'eau avec un peu de beurre. Il ne faut rien prescrire de ce qui fatigue l'estomac. Quelquefois vous rencontrerez des malades dont l'estomac ne pourra pas digérer les aliments les plus doux, et qui s'accommoderont très-bien d'une nourriture énergique, comme le veau et le mouton. Il vous arrivera de rencontrer des malades qui, pendant la convalescence, éprouveront comme un état de rétablissement ; ils auront dû dégoût, la langue sera chargée, ils éprouveront de la diarrhée, des selles noires. Ne concluez pas de ces légers symptômes au retour de la gastro-entérite ; c'est un autre état de l'estomac qui cède fort bien aux infusions amères, et à un léger purgatif, comme, par exemple, une once d'huile de ricin.

DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE OU INFLAMMATION DES FOLLICULES INTESTINAUX.

Synonymie.

Fièvre putride, Synoque, Typhoïde des anciens.
Fièvre muqueuse de Rœderer et Wagler.
Fièvre adéno-méningée de Pinel.
Fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres.
Gastro-entérite adynamique de M. Broussais.
Fièvre ou *affection typhoïde* de MM. Louis et Chomel.
Fièvre grave de Dance.
Dothinenthérie de M. Bretonneau.
Dothiénentérie (1) de M. Littré.
Iléo-dyclidite de M. Bailly.
Typhus Fever des Anglais.
Abdominal-Typhus des Allemands.

Comme on peut le voir par la synonymie, que nous avons, d'ailleurs, beaucoup abrégée, il n'existe pas de maladie qui ait reçu plus de noms divers, qui ait été envisagée sous des points de vue plus différents. Les descriptions laissées par les auteurs grecs et latins, les symptômes indiqués par les écrivains qui les ont suivis, ne laissent aucun doute sur l'existence de cette maladie dans tous les temps et dans tous les lieux. Mais s'il est vrai de dire que les caractères symptomatiques de cette affection ont été connus des anciens, il n'en faut pas moins reconnaître qu'ils étaient dans une ignorance complète sur les lésions anatomiques qu'elle laisse après elle. Il faut, en effet, descendre jusqu'en 1812 pour rencontrer des notions satisfaisantes sur les caractères anatomiques de cette maladie. C'est à cette époque que parut le traité de la fièvre *entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres, où sont, pour la première fois, décrites avec exactitude les altérations de la membrane muqueuse de l'iléon (2). Plus tard les travaux de MM. Broussais, Bretonneau, Louis, Bouillaud, Chomel et d'une foule d'autres observateurs ont définitivement démontré que, quel que soit le nom qu'on lui impose, l'affection qui nous occupe a des caractères anatomiques à peu près constants, et des lésions fonctionnelles presque toujours identiques.

Caractères anatomiques. Cette maladie est caractérisée anatomiquement par l'altération

(1) De δοθιήν, pustule et de εντερον, intestin.

(2) Williams Starck, médecin anglais, a laissé (1788) une assez bonne description et de mauvaises figures de l'altération des glandes de Peyer. Ce jeune médecin, qui s'annonçait comme un excellent observateur, mourut à 29 ans, de la maladie sur laquelle il avait répandu quelques lumières. A. L.

des follicules muqueux de l'intestin grêle. Ces follicules, destinés à sécréter le fluide connu sous le nom de *mucus*, sont de petits sacs qui s'ouvrent à la surface de la membrane muqueuse, chacun par un orifice plus étroit que son fond. Ils sont désignés par les noms de *follicules*, *cryptes*, *glandes mucipares*, *glandes de Peyer*, *de Brunner*. Dans l'estomac et le duodénum, on les rencontre isolés (glandes de Brunner); mais à la fin du jéjunum et dans tout l'iléon, ils sont agglomérés au nombre de trente à quarante, et disposés en plaques arrondies ou elliptiques sur le bord libre de l'intestin (glandes de Peyer). Dans le colon, on les trouve, à son bord adhérent, comme à son bord libre, associés deux à deux, quatre à quatre, ou en plus grand nombre.

Il faut admettre plusieurs degrés dans l'altération de ces organes, selon les époques de la maladie. Les autopsies les plus rapprochées du début de la maladie qu'on ait eu occasion de faire, sont le cinquième, le septième et le huitième jour. A cette époque les plaques sont tantôt d'un blanc mat, tantôt d'un rouge foncé, ou bien présentent des nuances intermédiaires; leur largeur est inégale et la saillie qu'elles forment varie d'une à trois lignes; leurs bords forment au dehors un relief plus ou moins marqué au-dessus de la muqueuse. Elles sont ordinairement de forme elliptique, surtout les plus grosses, qui peuvent présenter, dans leur plus grand diamètre, deux ou trois pouces d'étendue. Ces plaques ont reçu le nom de *gaufrées*, ou de *plaques dures* (M. Louis). A côté d'elles, on trouve de petites tumeurs de la grosseur d'un grain de chenevis, semblables à des pustules. Elles sont formées par des glandes de Brunner tuméfiées.

MM. Louis et Chomel désignent sous le nom de *plaques molles*, ou *à surface réticulée*, celles qui diffèrent des plaques gaufrées, en ce que, le plus ordinairement, elles font peu ou point de saillie dans l'intérieur de l'intestin, et que quelquefois même, elles se dessinent en creux. Cet aspect réticulé est rare dans toutes les glandes de Peyer du même intestin; il est ordinairement accompagné de la forme gaufrée. Il est rare aussi que les glandes de Peyer et de Brunner ne soient pas simultanément affectées.

Le nombre des plaques altérées est fort variable. Tantôt on n'en trouve qu'une, tantôt un nombre considérable. L'altération des follicules isolés, au contraire, atteint toujours un grand nombre de ces follicules.

Le point où commence l'éruption est la fin de l'iléon et la valvule iléo-cœcale. Elle se propage ensuite de bas en haut, de proche en proche, des follicules inférieurs aux supérieurs.

L'ulcération est la terminaison la plus fréquente de cette éruption, mais ce n'est pas une terminaison nécessaire. On a dit qu'on ne peut guérir qu'après que les plaques ou les boutons se soient ulcérés, et qu'après que les ulcérations se sont cicatrisées. Cela ne nous paraît pas exact. M. Bretonneau a fort bien reconnu que la guérison pouvait arriver après un simple exanthème des follicules, sans escarre, sans suppuration et sans ulcération.

Quoi qu'il en soit, les ulcérations ne se rencontrent presque toujours qu'à la partie de l'intestin grêle, où se développe l'exanthème. Sur quelques sujets, on trouve, à côté les uns des autres, des plaques intactes, des follicules isolés, également intacts, des plaques et des follicules dont l'ulcération commence, enfin des ulcérations complètes. Elles peuvent conserver la forme elliptique des plaques, ou bien être parfaitement arrondies et d'une régularité telle qu'on les dirait faites avec un emporte-pièce. Elles sont plus ou moins étendues; leur fond peut être constitué soit par le tissu cellulaire sous-muqueux, soit par la tunique musculaire, soit par la tunique séreuse. Leurs bords sont formés par la membrane muqueuse qui est tantôt rouge avec épaississement, tantôt blanche et mince. La membrane muqueuse, située entre les ulcérations, peut rester saine ou être altérée.

Ces ulcérations peuvent présenter deux sortes de terminaison: par cicatrisation, par perforation. La cicatrisation des ulcérations a été observée un assez grand nombre de fois, pour qu'on ne puisse plus la révoquer en doute; elle peut s'opérer avec ou sans le secours d'une nouvelle membrane muqueuse.

La terminaison des ulcérations par perforation est aussi un fait constaté. Elle peut avoir lieu cependant sur des plaques simplement exanthémateuses, ou sur des ulcérations différentes de celles des plaques.

La gangrène peut, dans quelques cas, être la terminaison de l'exanthème des follicules. Dans ce cas, une ou deux plaques se détachent comme de véritables escarres, et à leur place on trouvera des ulcérations.

Enfin, il peut se terminer aussi, comme nous l'avons déjà observé, par résolution; alors les plaques s'affaissent peu à peu, et à leur place on trouve des bandes oblongues, pointillées de gris ou de noir.

L'exanthème intestinal a-t-il une marche fixe, des périodes bien tranchées, de telle sorte que, connaissant la durée de la maladie, on puisse annoncer l'état dans lequel on trouvera les follicules? On l'a prétendu, mais je ne partage pas cette confiance. On trouve les follicules ulcérés chez des individus qui sont morts peu de jours après l'invasion de la maladie; dans quelques cas, on ne trouve qu'un simple exanthème, chez des individus qui n'ont succombé que fort tard.

Telle est la lésion anatomique qui caractérise la fièvre typhoïde. Existe-t-elle toujours? La trouve-t-on dans d'autres maladies que celle qui nous occupe? C'est ce que nous allons examiner. Pour la première question, les faits répondent négativement. J'ai cité, dans ma *Clinique médicale*, des observations d'individus qui ont succombé à tous les symptômes de la fièvre typhoïde, et sur lesquels on n'a pu constater, non-seulement l'exanthème intestinal, mais même aucune altération du tube digestif qui pût expliquer la mort. Des observateurs distingués, comme MM. Louis et Bouillaud, ont relaté des faits analogues. Cependant les cas où l'investigation cadavérique ne démontre l'existence d'aucune lésion sont des cas exceptionnels, et on peut établir que quatre-vingt-dix-huit fois sur cent, on trouvera des altérations anatomiques. Quant à la seconde question, on n'a jamais trouvé l'exanthème intestinal dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde, si l'on en excepte toutefois la phthisie pulmonaire, dans laquelle les follicules agminés de Peyer peuvent s'affecter d'une manière analogue. Les glandes de Brunner présentent aussi, dans quelques maladies, comme la scarlatine, le choléra-morbus, un développement anormal.

Examinons rapidement les altérations diverses, autres que l'exanthème intestinal, que l'on rencontre soit dans le tube digestif, soit dans les autres appareils d'organes.

Dans le tube digestif. On a fréquemment constaté des ulcérations sur la muqueuse du pharynx et de l'œsophage. L'estomac peut rester sain, ou présenter tantôt des injections partielles ou générales, tantôt des colorations plus foncées, de véritables ecchymoses. Quelquefois on l'a trouvé ramolli; mais toutes ces altérations n'ont rien de spécial et se rencontrent dans plusieurs autres maladies. Le duodénum et les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle, offrent rarement des traces d'altération. Dans le gros intestin, on peut rencontrer un simple érythème, un développement anormal des follicules, des ulcérations, ou bien on peut le trouver exempt de toute lésion.

Dans l'appareil circulatoire. Les lésions que l'on rencontre dans cet appareil sont nombreuses. Elles consistent dans une diminution de consistance du cœur, dans la décoloration de la substance charnue, dans la rougeur de la surface interne du cœur et des artères, dans l'épaississement, la rougeur et les ulcérations de la membrane interne des veines. Ces lésions sont-elles spéciales à la maladie qui nous occupe? Je ne le pense pas, car on les trouve dans d'autres affections, et, dans la plupart des cas, on doit les considérer comme un phénomène cadavérique (1).

État du sang. Des recherches nombreuses sur le sang ont été faites dans cette maladie. Il n'en est résulté aucune conclusion positive. La liquéfaction sur laquelle on a tant insisté, se rencontre très-rarement; elle n'est pas d'ailleurs spéciale à cette maladie. M. Louis, observateur si exact, n'en a pas fait mention; M. Bouillaud, qui semble l'admettre, n'en a cité que peu d'exemples, et mes observations propres m'ont démontré que le sang était, dans la plupart des cas, sans altération appréciable. Quant à celui qui est tiré par la veine, il présente le plus ordinairement un caillot ferme dépourvu de couenne. Dans un petit nombre de cas, il a présenté une couenne peu épaisse, et il a été trouvé diffluent et caillebotté.

La rate, que l'on peut considérer comme une dépendance probable de l'appareil circulatoire, est, en général, augmentée de volume et ramollie. Je l'ai rencontrée aussi très-petite et très-dense; dans quelques cas elle est dans son état normal. Les altérations de la rate se forment dès les premiers temps de la maladie. Elles ne sont pas d'ailleurs particulières à la fièvre typhoïde; je les ai rencontrées dans les maladies les plus diverses.

Dans l'appareil de la circulation lymphatique. L'altération la plus fréquente de cet appareil consiste dans une lésion très-grave des ganglions mésentériques. On les trouve beaucoup plus volumineux que de coutume, leur tissu est rouge ou brunâtre, et quelquefois ils sont remplis de pus. Les altérations les plus graves se rencontrent sur les ganglions qui correspondent aux portions d'intestin qui sont le plus malades. L'intensité de la lésion intestinale est toujours en rapport avec celle de la lésion des glandes.

Dans l'appareil respiratoire, les bronches ne présentent rien qu'une rougeur plus ou moins vive, comme celle qu'on remarque après plusieurs autres maladies. Le larynx est quelquefois le siége d'ulcérations. Le poumon est altéré dans la grande majorité des cas. On le trouve engoué, hépatisé à différents degrés, réduit en une masse compacte, comme carnifié. Une fois j'ai rencontré la gangrène, mais je la considère comme une complication purement accidentelle. La lésion du poumon qui se rencontre plus spécialement dans les fièvres graves, est un état de cet organe où il présente un tissu d'un rouge livide, imperméable à l'air, et s'écrasant sous le doigt (2).

(1) M. Louis a constaté plusieurs fois le ramollissement du ventricule gauche du cœur, et a cru pouvoir rattacher à cette altération l'affaiblissement du pouls qui se remarque pendant la durée de certaines fièvres typhoïdes. A. L.

(2) On trouvera une bonne description des altérations pathologiques du poumon dans les fièvres graves, dans la thèse de M. Bazin: *Recherches sur les lésions du poumon, considérées dans les affections morbides dites fièvres essentielles* (août 1834). A. L.

Dans les appareils des sécrétions, le tissu cellulaire n'est que fort rarement altéré. Il en est de même des membranes séreuses. Le foie est à peu près constamment sain. M. Louis l'a trouvé quelquefois ramolli. Je ne connais pas d'observation de lésion de la vésicule du fiel. La bile peut être modifiée dans sa quantité et dans sa qualité. Quelquefois les reins sont le siége d'altérations diverses. Les parotides et le tissu cellulaire qui les entoure sont assez souvent altérés, et c'est dans cette maladie qu'apparaissent fréquemment ces tumeurs connues sous le nom de *parotides.*

Dans les appareils de la vie de relation. Si l'on devait conclure des désordres fonctionnels aux lésions anatomiques, aucune maladie ne devrait offrir plus d'altérations dans les centres nerveux que la fièvre typhoïde, car aucune ne donne lieu à autant de symptômes du côté de ces appareils. Il en est tout autrement, et l'on peut poser en principe, que dans cette maladie, il n'y a pas de symptôme nerveux qui ne puisse se manifester sans altération appréciable du cerveau et de ses dépendances. Quand on trouve des lésions anatomiques des centres nerveux, elles sont si peu graves et si peu constantes qu'on n'en peut tirer aucune conséquence raisonnable.

De tout ce que nous venons d'exposer, il résulte que l'altération des glandes de Peyer et de Brunner est la seule altération constante; que c'est elle qui caractérise la maladie, et que c'est à elle que doivent être rapportés les divers désordres fonctionnels qu'elle présente.

Causes. Tout est obscur dans l'étude des causes de la fièvre typhoïde. Les recherches nombreuses qui ont été faites à ce sujet, dans ces derniers temps, n'ont amené que ce résultat, savoir : que la fièvre typhoïde n'est pas commune à tous les âges. C'est de vingt à trente ans qu'on l'observe le plus fréquemment. Après trente-cinq ans, elle devient de plus en plus rare, et pendant la vieillesse, elle disparaît complétement. Il faut bien distinguer l'état adynamique auquel succombent souvent les vieillards, de la fièvre typhoïde. Vous ne trouverez jamais l'altération des glandes de Peyer à l'ouverture des vieillards qui auront succombé à la fièvre adynamique. On ne l'a jamais observée, non plus, au-dessous de l'âge de douze ans. On peut donc conclure que la dothiénentérie est une maladie de la jeunesse.

On a attribué une grande influence à la mauvaise nourriture ou à l'alimentation insuffisante, comme cause de la dothiénentérie. Cette influence n'a été reconnue que dans un petit nombre de cas ; dans une infinité d'autres, la maladie a sévi sur des sujets qui se nourrissaient bien. Les écarts de régime, les passions tristes, le séjour dans les amphithéâtres de dissection ont été accusés aussi de la production de cette maladie. Je n'ai jamais pu constater l'efficacité de ces causes, et j'ai observé la maladie sur des individus d'une conduite fort régulière, et qui n'avaient jamais disséqué. Ces causes, quand elles existent, ne doivent être considérées que comme secondaires; elles ont cependant de l'importance, quant au pronostic, qu'elles rendent toujours favorable.

La cause la plus efficace, pour la production de la fièvre typhoïde, est l'arrivée nouvelle à Paris. Le plus grand nombre d'observations de malades affectés de cette maladie, porte sur des individus qui n'étaient à Paris que depuis quelques semaines ou quelques mois. Tous les observateurs sont unanimes sur ce point.

Cette affection atteint les individus de tous les tempéraments et de toutes les constitutions. Une constitution robuste n'en met pas à l'abri; elle sévit, au contraire, avec plus de violence et se termine d'une manière plus souvent funeste chez les individus qui se trouvent dans ces circonstances.

Cette maladie est-elle contagieuse? MM. Bretonneau et Gendron, et quelques autres médecins ont soutenu la contagion de la dothiénentérie. Ils ont cité des faits nombreux à l'appui de cette opinion. Sans les contester, je puis affirmer, et je suis ici fortifié, par l'opinion de tous les médecins de Paris, que je n'ai jamais rien vu qui puisse me faire croire à la contagion de cette maladie. Tout, au contraire, me force à admettre que, si la fièvre typhoïde est contagieuse à Tours et dans d'autres localités, elle ne l'est certainement pas à Paris.

La dothiénentérie règne quelquefois épidémiquement; elle peut revêtir toutes les formes et exercer de grands ravages.

Symptômes. Nous devons étudier ceux fournis par les voies digestives et ceux que présentent les autres organes.

1° *Symptômes fournis par les voies digestives.* La muqueuse buccale présente les mêmes modifications que dans la gastro-entérite aiguë. Dans le plus grand nombre des cas, elle est rouge, quelquefois recouverte d'un enduit muqueux; d'autres fois, d'une matière comme crémeuse. Dans quelques cas, elle présente une exhalation de sang, qui tend à se coaguler et qui produit alors des croûtes jaunes ou noires. Cet enduit ne paraît que vers la fin de la maladie. Ce symptôme n'est pas d'ailleurs lié d'une manière spéciale à l'affection qui nous occupe. On le rencontre dans toutes les maladies gastro-intestinales et il dépend des conditions dans lesquelles les fonctions de l'innervation et de l'hématose s'exécutent chez les malades.

Ici encore, comme pour la gastro-entérite

aiguë, la langue peut présenter toutes les variétés dans la couleur, dans les enduits dont elle est recouverte, dans l'humidité ou la sécheresse, dans son volume, sa forme. Au début de la maladie, la langue est sèche et collante; elle est tantôt couverte d'un enduit jaunâtre dans toute son étendue, tantôt elle est rouge vers sa pointe et sur ses bords, qui présentent de chaque côté un petit liseré blanc. A une époque plus avancée de la maladie, elle devient tout à fait sèche, elle se racornit et se couvre d'une croûte noire et épaisse. Rien n'est aussi variable que les modifications que peut subir la langue dans le cours des fièvres typhoïdes ; on se tromperait fort si l'on fondait toujours son pronostic sur l'état de cet organe. Chez certains individus, elle devient sèche et quelquefois noire, pour le moindre mouvement fébrile; chez quelques autres, elle n'éprouve que de légères modifications, alors qu'ils sont en proie à une fièvre typhoïde des plus intenses.

L'appétit présente plusieurs modifications. Dans les cas les plus nombreux, plus ou moins longtemps avant de prendre le lit, les malades ont perdu l'appétit, et avec cette perte d'appétit coïncident le plus souvent un malaise général, une céphalalgie plus ou moins vive. Ce sont là ordinairement les prodrômes de l'affection. Chez quelques malades, l'appétit se conserve jusqu'au moment où ils sont pris de fièvre. Pendant la maladie il y a anorexie complète. Dans la convalescence, il peut arriver que l'appétit revienne tout de suite, ou bien longtemps après la disparition des autres symptômes. Chez certains malades, quoique tous les phénomènes morbides aient entièrement disparu, la moindre alimentation fait naître un mouvement fébrile occasionné sans doute par la grande susceptibilité de la muqueuse intestinale, qui n'est pas encore rentrée dans son état normal.

La soif est très-variable dans cette maladie. Quelques malades éprouvent une soif vive ; chez d'autres elle ne se fait pas sentir.

Les vomissements et les nausées se montrent plus fréquemment au début de la maladie, que dans une période avancée. Ces phénomènes dans la plupart des cas, ne se lient en aucune manière avec l'état de l'estomac; car on les observe dans les conditions anatomiques les plus opposées de cet organe.

Si l'on était toujours fondé à juger des lésions fonctionnelles par la gravité des lésions anatomiques, on serait en droit, *à priori*, d'admettre l'existence de vives douleurs, dans la fièvre typhoïde. Il n'en est pas ainsi, dans beaucoup de cas, elle manque complétement; dans d'autres cas, elle ne se montre que d'une manière fugitive ; ce n'est enfin que dans les cas les plus rares, qu'elle est vive et soutenue.

Quand elle existe, elle peut avoir son siége, soit dans tout l'abdomen, soit dans quelques points seulement, comme à l'épigastre, vers la région iléo-cœcale, aux environs de l'ombilic et dans le trajet du colon.

Quand la douleur se fait sentir dans tout l'abdomen, elle peut avoir son siége dans les viscères intérieurs, ou sur la peau des parois abdominales, ou dans les muscles subjacents. On reconnaîtra ces différents siéges de la douleur, en ce que, il faut une pression assez forte pour l'exaspérer, dans le premier cas; tandis que la pression la plus légère suffit pour la produire dans le second. Dans ce dernier cas, la douleur coïncide ordinairement avec d'autres phénomènes nerveux.

On peut trouver aussi une douleur due à un épanchement de sang dans les muscles des parois abdominales, et spécialement dans les muscles droits. Elle est quelquefois très-vive à la moindre pression et peut simuler une péritonite.

La modification des évacuations alvines, soit en plus, soit en moins, est un des phénomènes les plus constants de la fièvre typhoïde. La diarrhée est de ces modifications la plus fréquente; elle peut commencer à différentes époques de la maladie ; dans un grand nombre de cas, elle se manifeste plus ou moins longtemps avant les autres symptômes, quelquefois l'invasion de la diarrhée et des autres symptômes est simultanée. Chez certains malades la diarrhée ne survient qu'après l'invasion de la fièvre; chez quelques autres, on ne l'observe que pendant la convalescence. Quand la diarrhée est le premier symptôme de la maladie, elle peut être continue ou n'apparaître que par intervalles ; quand elle fait invasion en même temps que la fièvre, elle survient alors tout à coup, sans que les malades aient aperçu la moindre altération dans leur santé; elle est souvent alors très-considérable. Si elle ne se montre que plusieurs jours après l'invasion, elle succède alors le plus ordinairement à une constipation plus ou moins opiniâtre. Chez les uns, elle s'établit peu à peu, chez les autres elle est très-considérable dès le début. Elle persiste souvent dans la convalescence, et c'est toujours une circonstance fâcheuse.

La constipation s'observe bien plus rarement que la diarrhée ; elle persiste quelquefois pendant toute la durée de la maladie, quelle que soit sa terminaison.

La nature des selles est fort variable et n'indique pas toujours la gravité de l'altération intestinale. Quelle que soit cette altération, les selles peuvent être constituées par une sérosité jaunâtre ou verdâtre, par de la bile, par un mucus abondant, par une matière noirâtre ou d'un

gris de cendre, quelquefois mêlée à du sang, dans d'autres cas par du sang pur en quantité plus ou moins considérable. Dans quelques cas, les malades n'éprouvent qu'une évacuation de ce genre ; dans d'autres, elle se renouvelle plusieurs fois et les malades ne tardent pas à succomber. On voit certains malades, cependant, qui guérissent après avoir éprouvé de ces évacuations de sang abondantes.

Le météorisme est un des phénomènes les plus fréquents de la fièvre typhoïde ; on l'observe surtout vers la fin de la maladie, et son apparition est souvent une circonstance fâcheuse. Le siége du météorisme est surtout dans le colon ; il ne peut être expliqué par aucune altération cadavérique.

2° *Symptômes de l'appareil circulatoire.* Les troubles de la circulation sont constants, quoique très-variables. Les battements du pouls sont tantôt forts, tantôt faibles. Quelquefois ils conservent leur état habituel. Dans la généralité des cas, le pouls est fort et plein au commencement de la maladie, et il s'affaiblit et se déprime à mesure que l'état adynamique se prononce. Quelquefois, cependant, on observe que le pouls est très-fort, tandis que les malades sont dans un état complet de prostration. Il peut aussi présenter, dans la journée, des alternatives de force et de faiblesse. Dans l'immense majorité des cas, il est plus fréquent que dans l'état normal. Cette fréquence peut varier de 90 à 100, 120, 130, 140 pulsations par minute. Quand il présente cette dernière fréquence, le pronostic doit être défavorable. La fréquence du pouls peut se présenter à différentes époques de la maladie ; c'est ordinairement par là qu'elle débute. Cette fréquence peut disparaître ou persister. Quelquefois c'est un ralentissement remarquable du pouls que l'on observe. Il peut être l'indice de la prédominance des symptômes nerveux qui auraient leur point de départ dans l'encéphale; il a été observé aussi plusieurs fois, dans la dothiénentérie, et toujours il a été d'un fâcheux augure.

La chaleur de la peau est presque toujours en rapport avec la fréquence du pouls ; elle est âcre et mordicante, et, chez la plupart des malades, ces phénomènes augmentent le soir.

Chez plusieurs malades, le début de la maladie est marqué par un frisson, remplacé par la chaleur. Quelquefois ce frisson revient périodiquement, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours. A ce frisson succède une forte chaleur, suivie souvent d'une sueur plus ou moins abondante.

Dans quelques cas, les malades présentent non plus un frisson, mais un véritable refroidissement de la peau, soit total, soit partiel, qui tantôt persiste jusqu'à la mort, tantôt est suivi du rétablissement de la chaleur.

Dans quelques cas, enfin, les malades présentent, dans le cours de la fièvre typhoïde surtout dans une période avancée, de véritables accès de fièvre, sous le type tierce ou quotidien.

Les sueurs sont rares dans la dothiénentérie, et la peau est ordinairement sèche. Quand la peau reste légèrement humide, c'est un signe favorable.

De tout ce que nous venons d'exposer, il résulte que l'on pourrait ranger les malades atteints de dothiénentérie en deux sections : 1° ceux chez lesquels les désordres de la digestion précèdent la fièvre; 2° ceux chez lesquels les désordres de la circulation précèdent tous les autres.

3° *Symptômes de l'appareil respiratoire.* Ils ne sont pas en rapport avec l'intensité et la gravité des lésions cadavériques. Au début de la maladie, la toux est fréquente. Il y a expectoration d'une mucosité transparente, sur laquelle on observe quelquefois des stries sanguinolentes. En même temps les malades se plaignent de la sensation d'une brûlure ou d'un déchirement dans la poitrine, derrière le sternum. D'autres éprouvent des douleurs erratiques, tantôt sur un point de la poitrine, tantôt sur un autre; quelques-uns manifestent une véritable oppression.

La percussion ne fournit aucun signe dans la plupart des cas. Il n'en est pas de même de l'auscultation qui, dans un grand nombre de cas, fait entendre des râles divers, dus soit à la présence de mucosités dans les bronches, soit à un engorgement de la muqueuse de ces conduits. Quelquefois l'auscultation démontre l'existence d'une véritable pneumonie qui survient ordinairement à une époque avancée de la maladie ; qui peut rester latente ou bien donner lieu aux symptômes ordinaires de cette maladie, en aggravant prodigieusement ceux de la dothiénentérie. Dans quelques cas, pendant la convalescence, les malades continuent de tousser, ils dépérissent, tombent dans le marasme, et présentent tous les phénomènes qui caractérisent la phthisie pulmonaire. Il s'est formé chez eux des tubercules qui se sont ramollis.

4° *Symptômes fournis par divers appareils.* Le tissu cellulaire s'infiltre quelquefois ou devient le siége de collections purulentes. On n'observe la péritonite que quand il y a perforation de l'intestin. Alors elle peut se traduire par une douleur très-vive, ou bien ne donner lieu à d'autre symptôme qu'à une prostration rapide. On n'observe aucun symptôme du côté des organes biliaires. Nous avons déjà parlé de la présence des parotides qui s'observe, dans quelques cas, à la fin de la fièvre typhoïde. Les anciens considéraient ce phénomène comme critique. Je crois que c'était une erreur, et que, dans la plupart des cas, il ajoute à la gravité de l'affection.

Les altérations de l'urine ne sont pas caractéristiques dans cette maladie. Il en est de même de l'odeur de souris que présentent les malades; on la trouve dans d'autres affections. Elle est due au défaut de propreté dans lequel on tient les malades qui urinent dans leur lit.

5° *Symptômes fournis par les appareils de relation.* 1° Par les centres nerveux. Au début de la maladie, les malades peuvent présenter les cas suivants : ils peuvent n'avoir aucune apparence d'un désordre fonctionnel des centres nerveux; ils peuvent en éprouver de légers, comme céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreille, défaillance, lassitude, faiblesse, etc.; ces symptômes nerveux peuvent coïncider ou non avec des désordres digestifs, ils peuvent les précéder ou en être précédés. Il peut en être de même à l'égard des symptômes de l'appareil de la circulation. Enfin des symptômes nerveux très-graves, comme le délire, la stupeur, le coma peuvent paraître dès le début et comme d'emblée; mais cela arrive rarement.

Dans le cours de la maladie, ces symptômes nerveux présentent des différences très-remarquables. Ils sont tantôt légers tantôt très-intenses.

La céphalalgie se montre dans la pluralité des cas. Elle est un des premiers symptômes. Elle siége le plus ordinairement à la région sus-orbitaire. Elle est tantôt légère, tantôt fort intense; elle dure ordinairement de huit à dix jours.

La stupeur est aussi un des premiers phénomènes de la maladie. La figure des malades porte l'empreinte de l'apathie, d'un hébêtement tout à fait caractéristique. Cette stupeur dure plus ou moins longtemps et sa disparition est un indice favorable.

L'intelligence se trouble quelquefois tout à coup et au plus haut degré; quelquefois ce trouble ne s'établit que graduellement. Le délire s'accompagne parfois d'une grande agitation; quelquefois, au contraire, il est tranquille, portant tantôt sur toutes les idées, tantôt sur une seule. Le délire présente d'ailleurs des formes et des nuances qu'il est impossible de décrire.

Dans le plus grand nombre des cas, il y a somnolence : elle s'observe plus tôt que le délire, et elle est souvent remplacée par lui. Elle présente des degrés divers, depuis un léger assoupissement jusqu'au coma le plus profond. Quelques malades présentent cet état que l'on appelle *coma vigil*, c'est-à-dire, qu'ils paraissent être endormis, tandis qu'ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux.

2° L'action musculaire peut être augmentée ou diminuée. Quelquefois elle est comme anéantie, les malades sont dans une prostration extrême et dans un état complet d'immobilité. On en voit cependant qui, au milieu de cet anéantissement apparent des forces musculaires, se lèvent tout à coup, s'échappent de leur lit et s'enfuient. Ces cas doivent rendre très-réservé sur les expressions de *faiblesse*, car elle n'est souvent qu'apparente.

3° Par les organes des sens. L'ouïe est dans quelques cas affaiblie. Cet affaiblissement peut paraître aux diverses époques de la maladie. La vue est tantôt abolie, tantôt seulement pervertie. L'odorat n'offre rien de particulier; mais il importe d'examiner ici la valeur symptomatique de l'hémorrhagie de la muqueuse nasale.

L'épistaxis est très-fréquente dans les fièvres typhoïdes. Elle peut se montrer à leur début, pendant leur cours, ou vers leur terminaison. Elle peut coïncider avec les signes d'une congestion cérébrale ou bien avec les prodrômes de l'état adynamique. Elle se manifeste quelquefois à la suite d'abondantes saignées et se renouvelle aussi souvent qu'on insiste sur les évacuations sanguines. Tantôt elle coïncide avec une amélioration dans la maladie, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle se manifeste en même temps qu'un aggravement dans tous les symptômes. Quelques malades n'ont qu'une épistaxis, quelques autres en ont plusieurs.

La sensibilité de la peau peut être abolie, exaltée ou rester à l'état normal.

Chez un grand nombre de malades la peau se couvre d'éruptions diverses. Étudions-les avec soin.

Les pétéchies se montrent, dans la majorité des cas, du huitième au quinzième jour. Elles apparaissent le plus fréquemment sur la partie inférieure et moyenne du thorax et sur la partie supérieure de l'abdomen. Dans quelques cas elles recouvrent la totalité de ces deux cavités; plus rarement on les observe sur les membres. Ce sont des taches ordinairement rosées, et dont la couleur, plus ou moins foncée, nous a semblé toujours coïncider avec une atteinte plus ou moins profonde de l'économie. Leur nombre est très-variable; quelques malades n'en présentent que sept ou huit; chez quelques autres cette éruption est presque confluente. Leur largeur varie depuis celle d'une piqûre de puce jusqu'à celle d'une lentille. Elles sont généralement arrondies, et quoique leur saillie ne soit pas appréciable à la vue, on la reconnaît cependant en passant légèrement le doigt au-dessus d'elles.

Les sudamina sont de petites vésicules, ordinairement très-nombreuses, occupant surtout le col, les aisselles, les flancs, les aînes, formées par le soulèvement de l'épiderme, sous lequel est amassé un peu de sérosité transparente. Ces vésicules sont à peine apparentes et se rompent souvent sous le doigt. On observe une desquamation de l'épiderme à la place qu'elles ont occupée. Elles apparais-

sent ordinairement du huitième au douzième jour; leur existence n'est pas constante.

Une remarque importante à faire au sujet des phénomènes morbides que peut présenter la peau, c'est la facilité avec laquelle elle s'ulcère ou se gangrène dans cette maladie. Dans tous les points, où pendant quelque temps elle subira une pression, vous verrez se former des escarres, à la chute desquelles auront lieu des ulcérations qui s'étendent toujours en profondeur. C'est surtout au sacrum et au grand trochanter que ce phénomène s'observe le plus ordinairement. Quelquefois une amélioration notable semble suivre la formation de ces escarres; ne vous fiez pas à cet amendement; la mort en est presque toujours la terminaison inévitable.

C'est aussi sur les malades en proie à une fièvre typhoïde, que l'on remarque cette tendance de la gangrène à s'emparer des plaies, des vésicatoires et des piqûres de sangsues. Cela s'observe principalement sur les malades qui sont déjà dans un état adynamique, et on doit considérer ce phénomène comme du plus fâcheux augure.

Nous venons d'analyser le groupe des symptômes qui constituent la fièvre typhoïde, de passer en revue les lésions anatomiques et les lésions fonctionnelles qu'elle présente. Essayons d'en réunir les éléments, de la reconstruire, pour ainsi dire, et d'en présenter un tableau, qui ne pouvant s'appliquer à tous les faits particuliers, à toutes les individualités morbides, s'applique cependant à la grande majorité des cas.

L'individu qui est sous l'imminence d'une fièvre typhoïde éprouve, pendant quelques jours avant l'invasion de la maladie, un malaise général, des lassitudes spontanées, des douleurs vagues dans plusieurs parties du corps, une céphalalgie plus ou moins intense. Il n'a plus d'appétit, il est triste, et tourmenté par des pressentiments sinistres. Les digestions se font mal, il a ordinairement de la diarrhée. Ces prodrômes, qui n'existent pas toujours, sont suivis d'un frisson; dès lors la fièvre est allumée, la maladie a pris son cours. La diarrhée augmente, une douleur plus ou moins vive se fait sentir au ventre, la physionomie s'altère, la bouche devient pâteuse, la langue est collante et se couvre d'un enduit ordinairement jaunâtre; le ventre se ballone, le pouls est fréquent, la chaleur de la peau est âcre, le malade a des épistaxis plus ou moins fréquentes; il tousse; ses urines, rares, sont colorées et fétides. Tels sont les symptômes ordinaires du premier septénaire.

Vers le huitième jour, l'abdomen et la poitrine se couvrent de taches typhoïdes. Avec l'apparition de ces taches coïncident des accidents plus graves; la stupeur de la figure se caractérise; les conjonctives sont rouges, la bouche sèche, la langue dure, et couverte, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit brunâtre (fuliginosités). La diarrhée augmente dans la plupart des cas, et les selles sont involontaires et inaperçues. La vessie peut se paralyser, le météorisme devient considérable; le délire s'empare du malade; ce délire est tantôt tranquille, tantôt furieux; il y a soubresauts des tendons, quelquefois des convulsions. Le malade est par fois plongé dans une somnolence qui peut n'être qu'apparente, ou bien réelle et profonde. Le pouls, faible et dépressible, conserve une grande fréquence. La peau présente une chaleur mordicante. Dans quelques cas, le pouls s'abaisse au-dessous du rhythme normal; tous les indices d'une prostration générale et profonde se manifestent, des escarres se forment au sacrum et ailleurs, la chaleur diminue, la peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse, la figure devient hippocratique, et le malade succombe. Cette terminaison funeste peut avoir lieu, soit par une perforation intestinale, soit par une pneumonie intercurrente.

Quand la maladie doit se terminer heureusement, la stupeur se dissipe peu à peu, l'intelligence revient, un sommeil tranquille succède au coma, la bouche devient humide, le ballonnement du ventre diminue, la diarrhée cesse, le pouls revient à son état normal, la figure maigrit et prend une expression naturelle.

Peut-on dire que l'intensité de ces désordres fonctionnels soit en raison de la gravité des désordres organiques? Plusieurs personnes ont soutenu la négative dans tous les cas. Je crois qu'on est allé trop loin, et que, quand on observe attentivement, on ne peut nier que souvent on ne remarque un rapport exact entre les lésions anatomiques et les lésions fonctionnelles. Il est vrai de dire aussi que les cas où ce rapport n'existe pas, sont pareillement fort nombreux

La dothiénentérie a une durée commune de vingt à trente jours. La mort est fréquente dans le deuxième et troisième septénaire, elle est rare avant cette époque, et peut survenir beaucoup plus tard.

La convalescence de cette maladie est, dans la plupart des cas, longue et pénible. Le moindre écart de régime fait naître un mouvement fébrile, et l'on a souvent la douleur de voir périr des malades qui étaient entrés en convalescence et chez lesquels un excès d'alimentation a déterminé une rechute.

Récapitulons les principales circonstances de cette maladie qui peuvent faire porter un diagnostic certain. Jeunesse, céphalalgie, diarrhée, stupeur, délire, somnolence, pétéchies, sudamina, épistaxis, hémorrhagies intestinales, toux, escarres, fuliginosités de la bouche, météorisme; tels sont les symptômes carac-

téristiques qui doivent faire distinguer cette maladie.

La nature de la dothiénentérie a été fortement controversée. Considérer cette maladie comme une inflammation pure et simple me paraît peu fondé. Sans doute que l'élément inflammatoire prédomine dans la lésion des follicules intestinaux; mais il prédomine aussi dans la variole, et personne aujourd'hui ne pense à la ranger dans la classe des phlegmasies simples de la peau; de même que cette dernière maladie et quelques fièvres éruptives, il faut l'envisager comme une inflammation spéciale, portant son action, là sur la muqueuse de la peau, ici sur la muqueuse intestinale.

Traitement. Ici divergence complète d'opinions. Les uns n'admettent que les anti-phlogistiques, les autres que les toniques. Ceux-ci préconisent les révulsifs, ceux-là les purgatifs; d'autres associent ces moyens divers. Quelques-uns rejetant sur la nature les hasards d'une terminaison heureuse, ou les chances plus probables d'une fin funeste, se contentent de la diète et de quelques boissons adoucissantes. Remarquez qu'à l'appui de ces traitements si opposés vous trouverez des faits qui semblent concluants. Au milieu de ces opinions diverses cherchons à apprécier avec exactitude leur valeur respective, et rejetant les doctrines exclusives, étudions les modifications qu'une thérapeutique rationnelle imprime à la maladie.

La saignée générale convient dans les sept ou huit premiers jours de la maladie, quand la fièvre est forte, le pouls fréquent et plein. Il importe cependant de ne pas saigner aussi abondamment que dans les autres phlegmasies; il faudra se borner à une, deux et rarement trois saignées. Les relevés, faits dans ces derniers temps, démontrent que la saignée pratiquée dans ces circonstances exerce une heureuse influence sur la maladie. L'application des sangues à l'anus ou derrière les oreilles, sera utile quand les malades éprouveront des douleurs à l'abdomen, ou que la céphalalgie sera intense. On donnera en même temps des boissons acidules, des lavements mucilagineux, des bains ou des demi-bains. On pourra placer des compresses froides sur le front, des cataplasmes chauds ou sinapisés aux extrémités. La diarrhée sera combattue par de l'eau de riz et des lavements d'amidon.

Quand l'état adynamique succède à cette première période, il ne faut pas hésiter à donner les toniques. Parmi ceux-ci, le quinquina doit jouer le principal rôle. On l'administre surtout sous la forme d'extrait sec ou mou, à la dose d'une ou deux onces par jour, dans une potion aromatique. On pourra aussi le donner en décoction ou en macération, édulcoré avec un sirop. On pourra substituer aux boissons de quinquina des infusions de sauge et de camomille.

Dans cette période de la maladie, vous administrerez avec avantage une limonade vineuse, ou bien, par cuillerées, des vins de Bourgogne ou de Bordeaux, même des vins plus énergiques du midi de la France ou d'Espagne.

Quand la fièvre typhoïde présente la forme ataxique, les secours de la thérapeutique sont complètement incertains, et nulle indication ne paraît améliorer l'état des malades. On s'est quelquefois bien trouvé de l'application répétée de vésicatoires sur le front. Les faits de ce genre sont si peu nombreux, qu'il est sage de ne rien conclure à leur égard.

M. Chomel, guidé par les idées théoriques de M. Clanny, qui rapporte les fièvres typhoïdes à une altération du sang, consistant dans la disparition de l'acide carbonique qu'il contient, a voulu essayer l'eau de Seltz en boisson, conseillée pour rendre au sang l'acide carbonique qu'il a perdu. Cette substance qui parut d'abord exercer une grande influence sur la maladie, échoua complétement plus tard. M. Chomel a fait aussi des expériences sur les chlorures, soit en boissons, soit en lavements, soit en lotions. Nous les avons essayés nous-même, et plusieurs fois un amendement notable, suivi de guérison, a coïncidé avec l'administration de ce médicament. On donne dans chaque pot de tisane quinze à vingt gouttes de chlorure de soude, huit à dix gouttes dans les potions et vingt-huit à trente gouttes dans les lavements. On doit aussi arroser, avec ce même liquide, les cataplasmes dont on couvre l'abdomen.

Les purgatifs, dont les Anglais font un très-grand usage, viennent aussi d'être préconisés en France, par M. Delaroque, qui assure guérir, par ce moyen, la totalité, pour ainsi dire, des malades. Nous les avons aussi essayés, et leur administration a coïncidé tantôt avec une terminaison heureuse, tantôt avec une fatale (1).

On a aussi préconisé le calomel, que l'on donne à doses d'autant plus élevées que la maladie est plus grave.

On n'a pas tout fait, quand on a administré quelques médicaments aux malades; le traitement hygiénique est aussi fort important.

(1) M. Piédagnel a lu dernièrement à l'Académie de Médecine, une note sur l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde. Ce médecin a traité, par cette méthode, 134 cas de fièvre typhoïde. Sur ce nombre, il y en a eu 115 guéris et 19 morts.

Il divise ainsi ces 134 cas :

Fièvre typhoïde simple . .	69,	guéris 69,	morts 0.
— — ataxique . .	16,	— 7,	— 9.
— — adynamique	49,	— 39,	— 10.

De ce tableau il résulte que ce sont les fièvres typhoïdes légères qui guérissent par les purgatifs, résultat également obtenu par d'autres médications.

A. L.

et c'est dans ces maladies surtout qu'un air pur et souvent renouvelé, qu'une température médiocrement élevée, que la propreté des malades sont nécessaires. La convalescence devra être surveillée avec le plus grand soin et le régime alimentaire prescrit avec les plus grandes précautions.

Quand les épistaxis sont assez abondantes pour donner de l'inquiétude, on fait aspirer de l'eau très-froide aux malades, ou bien on a recours au tamponnement des fosses nasales. Contre les hémorrhagies intestinales, on prescrira les boissons à la glace, l'eau froide en lavements, des applications froides sur le ventre, et les médicaments astringents, comme l'eau de Rabel et le ratanhia.

Les ulcérations qui succèdent aux escarres doivent être pansées comme les plaies simples (1).

Les perforations intestinales qui surviennent pendant le cours d'une dothiénenterie sont au-dessus des ressources de l'art. Cependant MM. Stokes et Graves, médecins irlandais, ont annoncé des succès obtenus contre les péritonites qui succèdent aux perforations, par l'emploi de l'opium à hautes doses. Cette médication employée à Paris, a échoué dans deux cas. Ce n'est peut-être pas une raison pour y renoncer entièrement, car par les moyens ordinaires, les malades sont voués à une mort certaine.

Si la pneumonie qui vient compliquer la dothiénentérie survient vers le début, alors que les malades ne sont pas encore entièrement affaiblis, on doit lui opposer les évacuations sanguines. Elles seraient inefficaces et même nuisibles dans la période adynamique.

Il en est de même de l'érysipèle, complication fâcheuse de la fièvre typhoïde, qui n'est arrêtée dans sa marche par aucune médication.

Les parotides qui se forment dans le cours de la fièvre typhoïde doivent être traitées par les antiphlogistiques. Quand la suppuration est évidente, on doit donner issue au pus le plus tôt possible, sans cela il fuserait dans les parties voisines, en donnant lieu aux plus graves accidents.

DE LA GASTRITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. Les caractères anatomiques de la gastrite chronique peuvent être les mêmes que ceux de la gastro-entérite aiguë, ou bien lui être propres. Les lésions qui appartiennent à la gastrite chronique sont : 1° une couleur grisâtre et ardoisée de l'estomac; 2° la décoloration complète de la muqueuse avec ramollissement; 3° une induration remarquable de cette membrane; 4° une hypertrophie générale ou partielle, égale ou mamelonnée. Cette altération se présente surtout vers la portion pylorique ou vers la grande courbure de l'estomac. On y rencontre quelquefois des végétations pédiculées qui varient par leur forme et leur grandeur ; 5° l'hypertrophie peut ne porter que sur les follicules qui offrent alors l'aspect des petites tumeurs; 6° elle peut être bornée aux villosités qui apparaissent alors à l'œil nu, comme lorsqu'on les examine au microscope; 7° l'ulcération de la muqueuse, soit dans son tissu, soit dans ses follicules, ulcération qui est susceptible de se cicatriser.

Ces altérations diverses peuvent être bornées à la muqueuse ou bien s'étendre aux autres tuniques; celles-ci à leur tour peuvent être affectées, et la muqueuse rester saine. Il arrive quelquefois que le tissu cellulaire sous-muqueux s'infiltre et prend un développement considérable; dans ce cas la membrane musculeuse s'atrophie, d'autres fois elle s'hypertrophie et semble ne former avec le tissu cellulaire sous-muqueux qu'une membrane fibreuse. Quand les choses en sont à ce point, il peut arriver que, les tissus restant altérés, la membrane muqueuse guérisse; mais, à leur tour, ils peuvent irriter la muqueuse qui s'ulcère et qui laisse voir, à la mort, un fond d'un aspect cancéreux. Ces lésions sous-muqueuses ont leur siége de prédilection à la portion pylorique ou au grand cul-de-sac de l'estomac.

Causes. Les causes de la gastrite chronique sont à peu près les mêmes que celles de la gastro-entérite aiguë; elles agissent seulement avec moins de promptitude et avec moins d'intensité. On peut dire aussi qu'elles exercent leur action sur des individus qui se trouvent dans d'autres dispositions; elle succède fréquemment à la gastro-entérite aiguë. L'influence des aliments excitants et irritants est ici plus efficace que dans la gastro-entérite aiguë; aussi rencontre-t-on souvent cette affection sur des sujets qui ont fait longtemps abus de la bonne chère, et, comme la goutte, elle est le partage de ceux qui jouissent de toutes les aisances de la vie. Un grand nombre de ces gastrites chroniques reconnaissent pour cause des influences nerveuses trop vives ou trop longtemps prolongées, comme les affections morales tristes ou les excès d'études. La masturbation produit, chez les jeunes gens en proie à cette funeste habitude, une névrose qui détermine une véritable gastrite chronique. Elle peut aussi survenir sans cause appréciable, et comme par une espèce de prédisposition. On l'observe quelquefois sur des

(1) M. Cayol conseille de faire, dès le début d'une fièvre typhoïde, des lotions toniques et astringentes sur tous les points où se forment ordinairement des escarres. La peau ainsi fortifiée, cède plus difficilement à la pression qui entraîne les excoriations. A. L.

familles entières, qui l'ont reçue et qui la transmettent par voie de génération.

La gastrite chronique est surtout fréquente de trente-six à quarante ans, on l'observe cependant aussi chez de jeunes enfants et sur des sujets de dix-huit à vingt-cinq ans, surtout chez les jeunes filles délicates qui ont le teint pâle et le système musculaire peu développé.

Symptômes. Ils sont locaux et généraux, continus ou intermittents. On voit des individus qui digèrent bien pendant l'été, mais qui, pendant l'hiver s'ils mènent une vie sédentaire et s'ils ne se garantissent pas bien surtout de l'humidité, éprouvent des symptômes de gastrite chronique très-marqués, qui disparaissent dans des conditions opposées.

Les désordres des fonctions digestives sont très-variables. L'appétit est ordinairement augmenté, et il faut se garder de le satisfaire; dans d'autres cas, il est diminué ou bien les malades n'appètent que des excitants qu'il faut leur refuser. Il en est d'autres où les malades éprouvent un dégoût complet pour toute alimentation. Quelquefois les symptômes de gastrite chronique sont précédés d'une voracité extrême, qui s'apaise ou continue quand ces symptômes paraissent. Quelques malades désirent des aliments, qu'ils rejettent dès qu'ils les ont goûtés; quelques-uns éprouvent des tiraillements, qui cessent aussitôt qu'ils ont pris quelque nourriture, pour reparaître ensuite avec plus d'intensité; d'autres, au contraire, éprouvent du soulagement après avoir mangé. On en voit chez qui le besoin de manger ne se fait pas sentir, mais qui éprouvent des faiblesses ou des défaillances. Il en est qui ont l'appétit dépravé ou le *pica*.

La soif est quelquefois nulle; d'autres fois c'est le symptôme prédominant, et alors les malades urinent en proportion de la boisson qu'ils prennent. L'on a quelquefois confondu cette abondance d'urine avec le diabètes.

Les matières rejetées par l'estomac sont gazeuses ou liquides; à l'état gazeux, elles constituent les vents, les aigreurs, les rapports, selon qu'elles sont ou non inodores. Ces gaz peuvent se former avant ou pendant le repas, et en si grande quantité que la respiration en est quelquefois gênée. Ils sont plus fréquents après le repas. Chez quelques malades, une diète prolongée les fait momentanément disparaître (1). Les rapports ont, dans certains cas, un goût aigre, âcre; ils font éprouver une sensation brûlante; quelquefois ils ont une odeur d'œufs pourris; ils peuvent déterminer la régurgitation.

Les vomissements, comme les nausées, peuvent être continus ou intermittents, et, dans ce dernier cas, ces phénomènes peuvent être le résultat de l'influence nerveuse. Ils ont lieu à toutes les heures de la journée, le matin à jeun comme après le repas. Les matières vomies peuvent être constituées par une mucosité filante, sans saveur et quelquefois âcre et brûlante. Cette mucosité peut être vomie sans que les aliments le soient. Quelquefois du sang est rejeté vers la fin de la gastrite chronique : c'est alors un signe de mort prochaine. Quelquefois cependant ce vomissement de sang a lieu au début; c'est dans quelques cas, le premier signe qui révèle la maladie. Les aliments sont quelquefois rendus en masse, d'autres fois il n'y en a que quelques-uns. Ils peuvent être rendus immédiatement après le repas, ou après un temps plus ou moins long; ce cas arrive quand il y a obstruction ou engorgement squirrheux du pylore. On voit alors l'estomac distendu descendre plus ou moins bas, et dans quelques cas jusqu'au niveau de la crête iliaque. Chez quelques malades les vomissements durent autant que la maladie; chez quelques autres ils n'ont lieu qu'au début, chez d'autres, au contraire, qu'à la fin.

La douleur n'est pas un symptôme constant; elle peut manquer, quelle que soit la gravité des lésions qu'on remarque après la mort. En général, elle existe continue ou par intervalles. Quelquefois elle se fait sentir brusquement, détermine alors un refroidissement subit de la peau, des convulsions, et après avoir été intense, disparaît sur-le-champ. Sous l'influence de cette douleur, il peut arriver que la peau se colore en jaune, comme dans l'ictère; c'est à ce phénomène qu'on a donné le nom de *colique hépatique*, sans que cependant le foie soit altéré. La douleur épigastrique que l'on désigne sous le nom de colique d'estomac, de crampe d'estomac, est souvent considérée comme une affection purement nerveuse. Cette manière de voir est juste dans certains cas, mais il n'est pas moins vrai que dans beaucoup d'autres, elle coïncide avec la gastrite chronique, et qu'elle cesse avec elle. Quand la douleur est continue, elle est ordinairement peu vive; elle l'est beaucoup plus, au contraire, quand elle revient par intervalles, qu'elle ait pour causes, soit l'ingestion des aliments, soit des affections morales vives. Son siége est très-varié, et nous ne pourrions à ce sujet que répéter ce que nous avons dit pour la gastro-entérite aiguë.

Tous ces phénomènes peuvent exister simultanément, ou bien ne se manifester que par intervalles, ce qui fera croire aux malades qu'il s'opère chez eux un retour à la santé; ce qui fera qu'ils ne réclameront les secours de

(1) J'ai connu un malade qui était dans une condition tout opposée; l'abstinence complète d'aliments solides était, chez lui, cause du développement d'une quantité énorme de gaz. A. L.

l'art que lorsque la maladie sera devenue incurable.

La gastrite chronique offre moins de symptômes généraux que la gastrite aiguë. Il est rare que les centres nerveux soient influencés. Chez quelques malades, cependant, une céphalalgie, plus ou moins violente, accompagne la douleur à l'estomac. On en voit qui présentent quelques altérations des sens; ils entendent ou voient moins bien que dans l'état normal. Il y en a qui, pendant tout le temps de la digestion, sont en proie à des idées bizarres; l'hypochondrie est souvent une conséquence de la gastrite chronique. Quelques malades éprouvent, pendant toute la durée de la maladie, une démangeaison à la peau, qui suit toutes les phases de la gastrite, diminue ou augmente avec elle.

Un des phénomènes symptomatiques les plus constants dans la gastrite chronique, c'est la constipation; elle diminue ou augmente, selon que l'état de l'estomac s'améliore ou empire.

La langue peut rester à l'état naturel, elle peut être plus pâle, et ce cas se rencontre quand il y a induration de l'estomac. Quelquefois elle est rouge sur toute la surface, ou à la pointe et sur les bords. En l'examinant avec attention on voit que les papilles sont rouges et saillantes ; il est cependant plus ordinaire de les trouver pâles. La langue peut être humide, ou sèche et râpeuse ; elle se trouve surtout dans ces derniers états le matin au réveil. Quelques malades éprouvent un surcroît de sensibilité à cet organe, ils se plaignent surtout d'une sensation de chaleur. La bouche est amère, pâteuse, sèche ; des aphthes s'y développent; dans quelques cas, les gencives s'altèrent, les dents se couvrent de tartre, la salivation est augmentée et la salive devient acide.

La circulation n'est souvent pas dérangée. Les malades peuvent succomber sans avoir éprouvé de fièvre; elle existe quelquefois, mais seulement par intervalles, et coïncidant avec les exaspérations de la maladie. Il n'est pas rare de voir des malades chez lesquels le pouls s'accélère le soir, ou après le repas. Pendant la digestion, la face est ordinairement rouge, et le reste de la peau pâle. Mais quand la maladie fait des progrès, la peau devient de plus en plus blême et jaunâtre, ce qui annonce un état squirrheux de l'estomac. La peau est souvent le siége d'affections dartreuses, dont la guérison est liée à celle de la gastrite chronique.

L'appareil respiratoire n'est pas souvent influencé par la gastrite chronique. Quelquefois cependant les malades éprouvent de la toux qui augmente avec la maladie. Ils sont, dans certains cas, sujets à des étouffements qui peuvent provenir d'autre cause que de l'accumulation de gaz, phénomène que nous avons déjà noté.

Les sécrétions bilieuse et rénale ne sont pas en général modifiées dans cette maladie ; il n'en est pas de même de celle de la peau, qui est ordinairement sèche. Quand les malades suent, les sueurs sont altérées. Dans quelques cas rares, l'anasarque survient vers la fin de la maladie.

Marche. Elle varie. La gastrite chronique peut être continue avec exacerbation, elle peut rester stationnaire, ou présenter ces deux états alternativement.

Durée. Cette maladie est toujours lente et de longue durée. Quelle que soit l'acuité de ses symptômes, si la maladie dure longtemps, on doit admettre une gastrite chronique par sa marche, et aiguë par ses symptômes, et une gastrite chronique par sa marche et par ses symptômes.

Terminaison. Elle se termine par le retour à la santé ou par résolution, par ulcération, par induration, cancer et perforation. Elle passe souvent de l'état chronique à l'état aigu.

Pronostic. Il doit varier suivant l'intensité et l'ancienneté de la maladie, suivant les lésions organiques qu'elle a opérées, suivant la constitution, l'âge et la force du sujet.

Les *variétés* de la maladie dépendent des lésions anatomiques qu'elle laisse après elle. Ces lésions peuvent n'être qu'un simple érythème ou bien une altération de texture qui détermine le ramollissement et le cancer de l'estomac.

Traitement. Le traitement de la gastrite chronique doit être emprunté aux moyens thérapeutiques et aux moyens hygiéniques.

Les moyens thérapeutiques agissent sur le système circulatoire, sur la peau, sur les intestins ou sur l'estomac lui-même.

1° Sur le système sanguin. Les évacuations sanguines doivent être pratiquées au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées ; rarement au moyen des saignées générales. On ne doit employer les sangsues que lorsque la maladie reprend une marche aiguë, ou quand il y a exaspération des symptômes. On doit les poser à l'anus ou au creux de l'estomac. Dans d'autres circonstances, elles seraient nuisibles en agissant sur le système nerveux, si le malade est très-faible; et elles pourraient réveiller des sympathies fâcheuses comme les douleurs, les nausées, les vomissements.

2° Sur la peau. On peut faire usage de cataplasmes sur l'épigastre et l'abdomen ; de fomentations de guimauve et de pavots, s'il y a vive douleur ; de bains tièdes, soit avec l'eau simple, soit avec de l'eau tenant en dissolution de l'amidon ou de la gélatine, ou de la décoction de racines de guimauve et de graines de lin. Vous trouverez des malades qui ne peuvent digérer que dans le bain ; c'est à eux surtout que cette médication est favorable en déterminant une réaction salutaire. En sor-

tant du bain on peut, pour augmenter cette réaction, frotter les malades avec une flanelle imprégnée de quelque liqueur alcoolique, et puis les mettre dans un lit dans lequel on fera des fumigations avec des baies de genièvre. On peut aussi administrer des bains chauds aromatisés avec des plantes ou contenant du sulfure de potasse ou du savon dissous. Il ne faut employer ces moyens que tout autant qu'ils n'augmentent pas la sécheresse de la peau, ou qu'ils n'irritent pas le système nerveux. Les bains de vapeur sont, dans quelques cas, administrés avec avantage, il en est de même des eaux minérales de Baréges, de Saint-Sauveur, de Cauterets, d'Aix en Savoie. Si ces bains excitent trop, on peut les mitiger avec de la gélatine, et il est toujours bon de le faire au début. On emploie aussi les bains salins, artificiels ou naturels, comme ceux de Plombière, les bains d'eau de mer, de Vichy (source de l'Hôpital, pour produire une irritation légère, source de la Grille, pour en produire une plus forte). On peut produire une rubéfaction à la peau en la frictionnant avec de la flanelle sèche ou imprégnée d'alcool, soit avec une brosse, soit avec de la teinture de cantharides, ou bien encore avec la pommade suivante :

℞	Huile d'olives.	℥ ij.
	Ammoniaque liquide. . . .	ʒ ij.
	Camphre.	Q. S.

Les malades qui se plaignent d'un froid constant aux pieds, devront se faire fortement frictionner les membres abdominaux. On pourra appliquer avec avantage des ventouses sèches à la région épigastrique. Dans quelques cas, il est bon d'entretenir un point de suppuration par des visicatoires fixes ou volants, les moxas, les cautères. Les emplâtres de poix de Bourgogne et de tartre stibié, les frictions faites avec une pommade stibiée sont aussi, dans quelques cas, employés avec succès. On s'est bien trouvé, dans certaines circonstances de placer un séton sur l'épigastre. Mais tous ces moyens, quelquefois avantageux, sont d'autres fois inutiles et souvent dangereux.

3° Sur les gros intestins. Pour provoquer des évacuations alvines, on doit employer des lavements d'abord avec de l'eau simple ou émolliente, puis avec de légers laxatifs comme l'huile et le lait, une décoction de pruneaux, du petit-lait; on peut y ajouter un peu de miel mercurial. On administre aussi des purgatifs, tels que l'huile de ricin, la magnésie qui, séjournant peu dans l'estomac, ne peuvent pas augmenter son irritation.

4° Sur l'estomac lui-même. C'est surtout aux émollients qu'on a recours, et qu'on varie autant qu'on le peut. Ainsi, l'on ordonne l'eau de gomme; l'eau de poulet, soit pure, soit avec un peu de cerfeuil; l'eau blanchie avec du lait ou édulcorée avec le sirop de gomme ou de guimauve. En général, on se trouve mal du petit-lait et des émulsions. Quand la gastrite chronique dure depuis très-longtemps et que longtemps aussi on a insisté sur les boissons mucilagineuses, il faut recourir aux substances aromatiques, comme l'infusion de camomille, de tilleul, de thé, l'eau gazeuse de Seltz, l'eau de Vichy (source de l'Hôpital), quelques amers pour arriver par gradations à l'extrait de quinquina et au sulfate de quinine. On peut aussi donner des préparations ferrugineuses, mais avec beaucoup de prudence. Quand un symptôme prédomine, on doit tâcher de le calmer ; ainsi, quand la douleur est très-vive, on fait usage de fomentations d'eau de morelle, de jusquiame, de frictions sur l'épigastre avec l'acide acétique. Pour le vomissement, on peut mettre un vésicatoire sur l'épigastre, faire usage de l'eau de Seltz; appliquer de la glace ; on peut aussi essayer des frictions éthérées. Quant aux gaz, dont la présence cause souvent une sensation fort pénible, l'on arrête leur développement en faisant avaler de l'eau chaude bien sucrée, avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger. On fait usage aussi de pastilles contenant du carbonate de soude et une poudre inerte (pastilles de Vichy).

Parmi les moyens hygiéniques employés dans le traitement de la gastrite chronique, l'alimentation tient le premier rang. Quand la maladie n'est pas très-ancienne, il faut prescrire une alimentation douce et de facile digestion. Mais si l'affection vient à se prolonger, les malades se fatiguent du même régime alimentaire, et il faut alors le varier autant qu'on le peut. Quelques légers excitants, de temps en temps, comme le bouillon de bœuf, ou un peu de mouton grillé, rompent la monotonie d'un régime longtemps soutenu. Dans quelques circonstances, il est nécessaire de suspendre tous les aliments, puis de recommencer par le lait, le meilleur des médicaments doux, dont on varie l'administration pour le faire supporter aux malades qui s'en dégoûtent quelquefois. On peut le couper, soit avec de l'eau, soit avec des infusions mucilagineuses, quelquefois avec une infusion aromatique, comme celle de feuilles d'oranger. Si le lait de vache ne peut être supporté, il faut recourir au lait d'ânesse qui se digère mieux. Il existe, au reste, des différences très-grandes relativement au degré de tolérance de l'estomac des malades pour les aliments. Tel supporte très-bien des soupes au beurre, au riz, à la semoule ou à la fécule, tel autre ne peut les digérer. Celui-ci s'accommode fort bien de l'eau de poulet, celui-là ne peut supporter que des herbes et des légumes. L'un appète et digère les aliments gras, l'autre les maigres. Les viandes blanches et les poissons

sont en général bien supportés. Quelques malades, cependant, digèrent mieux les viandes plus énergiques, comme le mouton grillé. On ne doit cependant les prescrire qu'avec beaucoup de précaution. Il faut recommander aux malades de ne recommencer un second repas que lorsque la digestion du précédent sera entièrement terminée. S'ils éprouvent des faiblesses, des tiraillements de l'estomac, on pourra, sans inconvénient, ne pas trop résister à leurs désirs. Ils devront ne pas manger trop de pain et ne jamais satisfaire complétement leur appétit.

La boisson des malades doit, dans la plupart des cas, être de l'eau pure, ou légèrement rougie par du vin de Bordeaux. L'eau sucrée et l'eau de Seltz sont administrées avec avantage. Il ne faut pas, en général, donner les boissons trop froides.

Les malades doivent porter des vêtements de flanelle sur la peau, et conserver leurs pieds chauds dans des bas de laine. Ils doivent être assez couverts, mais éviter l'excès de chaleur qui nuit à la digestion. Ils feront un exercice modéré, se livreront à l'équitation, à la natation, surtout aux bains de mer. Quand les malades sont trop faibles pour supporter ces exercices, il faudra les faire promener en voiture. On en rencontre qui répugnent à toute espèce d'exercices, qui ne se trouvent bien que dans leur lit, et qui ne digèrent que là.

On devra, si cela est possible, habiter un climat tempéré, dans un air pur et sec, et rechercher l'exposition au sud ou au sud-ouest.

Les émotions vives et les passions tristes ont une grande influence sur la gastrite chronique. On devra les éviter avec le plus grand soin, ainsi que les travaux intellectuels trop prolongés. Certains malades désirent la solitude, d'autres, au contraire, recherchent les plaisirs d'une douce conversation; il faut avoir pour eux beaucoup de complaisance, satisfaire leurs désirs, quelquefois même leurs caprices.

DE LA DOUDÉNITE CHRONIQUE.

Cette affection est beaucoup plus rare que la précédente, les causes et les lésions anatomiques sont les mêmes.

Les symptômes en sont souvent obscurs, et les troubles de la digestion, quand ils existent, ne se montrent que trois ou quatre heures après le repas.

M. C. Broussais, qui a fort bien décrit cette affection, admet trois périodes ou plutôt trois formes de cette maladie.

1° Cette forme est caractérisée par une douleur éprouvée dans la région pylorique. Il y a chaleur, douleur plus ou moins vive, mais seulement quand l'individu a fait un repas un peu copieux.

2° Les phénomènes sont les mêmes, mais les douleurs sont plus prononcées et ont lieu après un repas ordinaire.

3° Les phénomènes sont alors continus et souvent accompagnés de vomissements; l'appétit peut persister, mais il y a souvent anorexie.

La duodénite entraîne assez souvent, comme complication, l'affection du foie.

Le traitement est à peu près le même que celui de la gastrite chronique.

DE L'ENTÉRITE CHRONIQUE (ENTÉRO-COLITE).

Nous comprenons sous ce nom l'inflammation chronique de l'intestin grêle et du gros intestin.

Caractères anatomiques. Elle se traduit assez souvent par des lésions semblables à celles des précédentes maladies, elle en a aussi qui lui sont propres, comme la coloration noire des villosités. Souvent aussi les follicules se tuméfient et il en résulte une entérite folliculeuse chronique. La seule différence qui la sépare de l'aiguë, c'est qu'ici les follicules isolés s'affectent plus souvent que les follicules agminés.

L'ulcération est une terminaison fréquente de ces lésions. Elle affecte trois formes différentes : 1° Les unes occupent le diamètre longitudinal des intestins et siégent sur les follicules agminés; 2° les autres le diamètre transversal et affectent le plan même de la muqueuse; 3° d'autres sont arrondies et siégent dans les follicules isolés. Elles s'étendent en largeur et en profondeur au point de perforer les tuniques intestinales, ce qui entraîne une péritonite aiguë ou chronique qui détermine des adhérences avec quelques points des parois intestinales qui, venant à se perforer à leur tour, forment un anus contre nature. Il n'est pas rare de voir des tubercules intestinaux sur le bord des ulcérations. Parfois les ganglions mésentériques s'engorgent et forment une dégénération appelée *carreau*, affection commune chez les enfants.

Symptômes. Souvent les malades n'éprouvent qu'un simple sentiment de gêne; d'autres fois, c'est une véritable douleur ici aiguë, là sourde, fixe ou mobile. Elle se fait surtout sentir après le repas, elle s'exaspère sous l'influence d'émotions morales, d'exercices violents, de secousses de voiture, etc.

Si l'inflammation siége au jéjunum, il y a constipation; si, au contraire, au gros intestin, il y a diarrhée; et dans ce cas les selles sont colorées en jaune ou vert, ou peuvent être constituées par des matières de couleur argileuse. La présence du pus ou de fausses membranes dans les déjections alvines, est un indice d'un danger imminent. La fréquence des selles est d'ailleurs variable, quelques malades ne vont à la garde-robe qu'une fois dans

les vingt-quatre heures, d'autres y vont très-souvent.

Dans un degré avancé de la maladie, souvent le ventre est considérablement ballonné, ce qui contraste avec l'émaciation générale. Les parois abdominales sont, au contraire, quelquefois affaissées.

La langue est plus rarement modifiée que dans la gastrite chronique, elle est plutôt pâle que rouge, comme dans celle-ci. Il n'est pas rare de voir les malades conserver leur appétit, mais le plus grand nombre le perdent à mesure qu'ils approchent du terme fatal de la maladie. Les désordres sympathiques sont les mêmes que dans la gastrite chronique, la peau est remarquablement sèche.

Dans quelques cas, une petite toux sèche apparaît chez les malades atteints de marasme, et ils meurent avec tous les symptômes de la phthisie. C'est qu'en effet il y a deux grandes variétés d'entérite chronique, celle où il n'y a qu'entérite simple, et celle où l'entérite n'est qu'un symptôme ou une complication de la phthisie pulmonaire.

Durée. La durée de cette affection est illimitée. On voit des malades vivre de longues années pendant lesquelles, de temps en temps, surviennent des rémissions complètes, qui font croire à une guérison définitive, puis le moindre écart de régime les replonge tout à coup dans une nouvelle crise de la maladie.

Traitement. Comme celui de la gastrite chronique, il se compose de moyens thérapeutiques et de moyens hygiéniques.

Quand la maladie prend une forme subaiguë, l'application de sangsues à l'anus ou sur les parois abdominales est indiquée; les révulsifs ne conviennent que quand la phlegmasie est complétement chronique. Quand la diarrhée est très-abondante, on prescrit des lavements émollients auxquels on ajoute le laudanum.

Les moyens hygiéniques sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués dans le traitement de la gastrite chronique. Une condition essentielle dans l'alimentation, c'est que les aliments ne laissent pas de résidu. Aussi faudra-t-il proscrire les légumes et se borner aux jus de viandes, aux gelées végétales et animales. On ne négligera pas non plus les boissons toniques, les amers, les vins généreux, etc.

3e Ordre. — Anémies du tube digestif.

On donne ce nom à un état morbide consistant dans la diminution du sang contenu normalement dans les vaisseaux capillaires du tube digestif.

Cette affection est rare dans la portion sous-diaphragmatique de ce tube; elle est aussi peu connue.

L'anatomie pathologique nous apprend que la surface interne de l'estomac et des intestins présente quelquefois une grande pâleur sans autre altération appréciable. Mais souvent aussi à cette pâleur se joint une altération de consistance, c'est-à-dire le ramollissement des tuniques de l'estomac.

L'anémie du tube digestif est primitive ou consécutive à une phlegmasie chronique qui passe de l'état sthénique à l'état asthénique. Elle a été principalement observée chez les enfants.

Les symptômes qui traduisent cet état, pendant la vie, sont peu tranchés; on a observé des vomissements, de la diarrhée, un affaiblissement progressif porté jusqu'au marasme, et, dans cette période, des symptômes nerveux, comme des convulsions, qui surviennent ordinairement dans un état phlegmasique.

Doit-on admettre que l'anémie des parois gastro-intestinales accompagne la chlorose, qu'elle coïncide avec cette altération du sang et qu'elle soit cause des mauvaises digestions que présentent les chlorotiques?

Doit-on admettre aussi qu'elle occasionne ces troubles dans les fonctions digestives qui accompagnent les hémorrhagies?

Tout cela est probable, mais n'est pas démontré.

4e Ordre. — Hémorrhagies du tube digestif.

Elles doivent être étudiées dans l'estomac et dans l'intestin.

1o *Dans l'estomac.* On l'appelle *gastrorrhagie* ou *hématémèse.* Ce dernier mot est impropre, car il exprime un symptôme, vomissement de sang, qui ne se rencontre pas toujours, puisqu'il est des cas où le sang est rendu par les selles, ou séjourne dans l'estomac.

Les causes de la gastrorrhagie sont des coups à l'épigastre, des corps étrangers introduits dans le ventricule, comme des arêtes, des sangsues; certains inflammations sur-aiguës de l'estomac, ou son cancer qui peut déterminer la perforation d'une artère. Une cause qu'il importe de ne pas passer sous silence, c'est l'absence ou la suppression des règles chez les femmes. Il n'est pas rare de voir des femmes présenter cette menstruation artificielle. Il est des circonstances où cette maladie ne coïncide avec aucune lésion appréciable de l'estomac, et alors, à l'ouverture du cadavre, on le trouve ou bien injecté, ou bien dans un état complet d'anémie. On ne peut alors l'expliquer que par une modification quelconque de la circulation dans l'estomac, sans que d'autres fonctions de l'économie aient aucunement participé à cette cause. Elle peut être sous l'influence d'une maladie générale; elle peut dépendre d'un obstacle apporté à la circulation veineuse, comme une affection organique du cœur, du foie et plus souvent que tout cela, d'une modification de la composition du sang. L'hémorrhagie gas-

trique surviendra toutes les fois qu'il y aura un surplein dans les vaisseaux. Dans le typhus, le sang tend à abandonner les vaisseaux, ses éléments tendent à se dissocier et alors les hémorrhagies gastriques accompagnent les larges ecchymoses que l'on observe dans ces maladies, et surtout dans la fièvre jaune. Chez certains individus pléthoriques, la gastrorrhagie survient quelquefois tout à coup. On a vu des anévrysmes s'ouvrir dans l'œsophage, soit goutte à goutte, et s'accumuler dans le ventricule, soit en masse, et étouffer le malade. On a dit aussi que le foie pouvait laisser refluer le sang par les vaisseaux excréteurs.

Quelquefois, le sang qui semble provenir de l'estomac, peut être fourni par les fosses nasales ou par le poumon. Quelquefois, après l'opération du *filet*, les très-jeunes enfants peuvent avaler une certaine quantité de sang par le mouvement continuel de succion qui leur est propre, et ils peuvent être étouffés avant qu'on se soit aperçu de cet accident.

Enfin le vomissement de sang peut être simulé par ceux qui en ont avalé.

Symptômes. Le sang fourni par l'estomac est constamment noir, tandis que celui qui provient d'une hémoptysie avec lequel on pourrait le confondre, est rouge et rutilant. Cependant, si le sang est rejeté aussitôt après sa sortie du vaisseau, il devient très-difficile de se prononcer. S'il n'y a pas vomissement de sang, on pourra reconnaître une tumeur développée à la région qu'occupe l'estomac, et la percussion donnera l'indice du liquide.

L'hémorrhagie de l'estomac peut être abondante au point de faire périr le malade sur-le-champ. Quelquefois elle se renouvelle pendant de longues années, en apparaissant à des intervalles plus ou moins rapprochés. On l'observe aussi sous le type intermittent.

Le pronostic d'une gastrorrhagie qui n'est liée à aucune altération de l'estomac, est peu grave.

2° *Dans l'intestin.* On la désigne sous le nom *d'enterorrhagie.* Quand elle est liée à une hémorrhagie de l'estomac, elle prend le nom de *melœna.*

Elle reconnaît pour causes différentes altérations de l'intestin, comme le cancer, les ulcérations de l'entérite folliculeuse; mais elle peut aussi être idiopathique, et n'être que le résultat de l'exhalation sanguine de la muqueuse.

Les accidents qu'elle détermine sont les mêmes que ceux de la gastrorrhagie : pâleur, lypothimies, faiblesse qui peut aller jusqu'à la mort. Quelquefois, une perte de sang peu abondante, entraînera la mort du malade, d'autres fois une hémorrhagie très-considérable ne déterminera que quelques symptômes qui se dissipent facilement. Une terminaison funeste peut arriver par une seule selle, et même lorsque le sang reste dans l'intestin.

Cette hémorrhagie peut ne survenir qu'une seule fois, durer plusieurs jours, ou se prolonger un espace de temps plus ou moins considérable. Elle peut affecter la forme aiguë, chronique ou intermittente.

Le pronostic de l'enterorrhagie est en général grave.

Le traitement de ces deux affections est le même. Si le sujet n'est pas très-affaibli, on emploiera la saignée générale. Si l'hémorrhagie est liée à la suppression d'un flux normal, comme les règles ou les hémorrhoïdes, on appliquera des sangsues à la vulve ou à l'anus.

Les révulsifs, et de préférence on emploiera la pommade ammoniacale, seront appliqués sur les membres inférieurs, et non sur les parois abdominales. On placera des ligatures sur les membres, on appliquera des compresses d'eau froides sur le ventre. On administrera des boissons très-froides, et même de la glace. S'il n'y a pas quelque ancienne affection de l'estomac, on pourra donner des acides. On donnera aussi des demi-lavements d'eau froide. L'opium, soit dans les boissons, soit en lavements, sera très-utile. On s'est aussi, dans quelques circonstances, bien trouvé de l'emploi des sels de morphine. Enfin, si on ne soupçonne aucune complication, on administrera des astringents énergiques, comme la limonade sulfurique, l'eau de rabel, le ratanhia, etc.

Dans le cas d'hémorrhagies intermittentes, on donnera le quinquina.

DES HÉMORRHOÏDES.

(*Flux hémorrhoïdal.*)

On entend, par hémorrhoïdes, un écoulement de sang par l'anus, ayant son siége au pourtour de l'anus; on donne encore ce nom à la tumeur qui précède ce flux.

Causes. Les causes prochaines du flux hémorrhoïdal, sont une congestion sanguine dans les vaisseaux qui entourent le rectum; les causes éloignées agissent les unes sur le rectum, les autres sur l'économie tout entière.

1° Les causes qui agissent sur le rectum, sont les coups à la région anale, les excès vénériens; une constipation opiniâtre qui exige de violents efforts de défécation; la station prolongée sur des coussins percés; l'abus des lavements excitants; l'usage et l'abus des drastiques, surtout de l'aloës, l'état de grossesse chez la femme.

2° Les causes agissant sur tout l'organisme, sont l'état pléthorique, le tempérament bilieux, l'alimentation succulente et excitante, les boissons alcooliques. Quelquefois, cette affection se développe sans qu'on puisse en apprécier la cause.

Tous les âges ne sont pas également exposés aux hémorrhoïdes; elles sont très-rares chez les enfants; on ne les observe guère qu'à l'âge de trente ans. Les femmes y sont beaucoup moins exposées, à cause de l'écoulement menstruel. Elles sont héréditaires.

Symptômes. Le cas le plus simple est celui où on observe un écoulement de sang seulement au milieu des efforts de la défécation. Dans un second cas, avant d'aller à la selle, les malades éprouvent au pourtour de l'anus un sentiment de tension, de chaleur, de pesanteur et de douleur. Dans ce cas, l'anus présente ordinairement deux ou trois petites tumeurs, par lesquelles le sang s'écoulera, quand les malades iront à la selle. Cet écoulement disparaîtra après la défécation pour faire place à la sensation de douleur, de chaleur, etc. Dans un troisième cas, ces accidents se montrent encore, mais les tumeurs sont plus volumineuses, et les douleurs excessives. Ces tumeurs sont violacées, et augmentent quelquefois de volume, au point d'oblitérer l'orifice anal, de rendre les selles impossibles, et l'introduction des lavements difficile et fort douloureuse. Quand la maladie est arrivée à ce point, les mouvements, la marche et même la station sont pénibles; les malades sont abattus, souvent agités; il y a fièvre, et la douleur s'irradiant et remontant vers le gros intestin, donne lieu aux coliques hémorrhoïdales. En même temps les fonctions de l'estomac peuvent se troubler, des vomissements peuvent avoir lieu, et le système nerveux tout entier peut s'affecter. Ces accidents peuvent durer vingt-quatre heures, ou se prolonger pendant huit ou dix jours, pour se terminer par un écoulement de sang.

Quel que soit le degré de l'état hémorrhoïdal, le sang qui s'écoule et termine la crise, varie en quantité; chez les uns, il y en a peu, chez les autres, il sort par jets et par flots. Le flux peut n'avoir lieu qu'une fois, il peut être périodique. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui rendent du sang toutes les fois qu'ils vont à la selle, et cela pendant des années entières.

Pendant l'intervalle des accidents, il peut se faire que d'autres phénomènes se montrent à leur place, et soient, pour ainsi dire, une transformation que leur réapparition fait cesser. Ce sont des congestions, des tintements d'oreilles, de la céphalalgie, des étourdissements, de la dyspnée, de la toux, des palpitations. Il peut survenir un trouble général, dans lequel il semble que le sang modifié porte partout le désordre, et occasionne un mouvement fébrile; d'où une conclusion pratique fort importante, c'est qu'il faut bien se garder de supprimer le flux hémorrhoïdal; s'il cesse brusquement, il faut au contraire se hâter de le rappeler au moyen de légers drastiques, de l'aloës ou de sangsues appliquées à l'anus.

Les tumeurs hémorrhoïdales sont internes ou externes; internes quand elles siégent au-dessus du sphincter de l'anus; externes quand elles siégent au-dessous. Leur texture est variable, et sous ce rapport on peut les ranger en trois genres : 1° celles qui sont en tout semblables à des varices ; 2° celles qui sont de véritables kystes où aboutissent des veines à parois celluleuses; 3° celles qui se présentent sous la forme de tumeurs érectiles ayant la texture aréolaire à veines très-développées.

La douleur vive qui accompagne les hémorrhoïdes, en s'irradiant, se propage vers la vessie et détermine l'ischurie, la dysurie; la matrice est aussi souvent le siége d'une douleur plus ou moins forte.

Si les hémorrhoïdes tendent à l'inflammation chronique, ce qui n'est pas rare, il en résulte un prurit incommode et des douleurs peu vives; il s'écoule une matière blanchâtre, connue sous le nom d'hémorrhoïdes blanches, qui ordinairement disparaît à l'approche de l'écoulement hémorrhoïdal réel, pour reparaître ensuite.

Outre ces deux complications peu graves il en est une autre plus sérieuse, c'est le prolapsus de la muqueuse du rectum; en effet lorsque ces tumeurs sont volumineuses elles tiraillent la membrane interne rectale qui cède et tombe au-dessous de l'orifice anal et constitue par fois une véritable chute du rectum; on l'a vu survenir tout à coup au milieu de violents efforts de défécation et causer un véritable étranglement de l'intestin, suivi des accidents les plus graves. Enfin la présence des hémorrhoïdes donne lieu quelquefois aux contractions spasmodiques de l'anus, aux fissures de cette région, et peut même déterminer la dégénération cancéreuse.

L'influence de ces hémorrhagies sur l'économie est tantôt nulle, tantôt utile, quelquefois nuisible par la grande quantité de sang perdue. On voit des malades que cet écoulement épuise, dont les fonctions se troublent, dont la peau devient pâle, et dans des cas rares, à la vérité, la mort peut être la terminaison de cette maladie.

Le *Diagnostic* est en général facile. Dans quelques cas, on pourrait confondre les tumeurs hémorrhoïdales avec certaines tumeurs vénériennes ou des polypes. Le doute cessera si l'on prend garde que ces polypes ne se gonflent pas comme elles, et à ce que les tumeurs vénériennes siégent plutôt vers la réunion de la peau avec la muqueuse.

Traitement. Si les hémorrhoïdes se suppriment brusquement et qu'elles menacent d'aller congestionner quelqu'autre partie du corps on les rappelera, comme nous l'avons déjà indiqué.

La guérison radicale de cette affection est

très-difficile à obtenir. Si le flux est modéré, il faut le laisser couler, éviter toute cause d'irritation, faire chaque jour des lotions fraîches et suivre un régime convenable.

Si le flux est précédé de tumeurs volumineuses et d'accidents généraux, il faut faire la saignée de la veine, appliquer pendant plusieurs heures à l'anus des cataplasmes frais de mie de pain, de lait et de riz, ou des compresses trempées dans une décoction de belladone. On ne doit tenter la dangereuse opération de l'excision que lorsqu'il y a menace de dégénération cancéreuse; on sait que les hémorrhagies de cette partie sont toujours dangereuses et souvent mortelles.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

Les altérations de cette classe comprennent trois ordres : d'après les altérations des sécrétions liquides; d'après les altérations des sécrétions gazeuses; d'après les altérations dues à des matières étrangères existant dans l'intestin.

1er Ordre. — ALTÉRATIONS DES SÉCRÉTIONS LIQUIDES.

Nous devons admettre ici deux genres selon la modification et l'augmentation des matières sécrétées, et selon leur diminution.

1er *genre*. Modification des matières sécrétées et augmentation de sécrétion du mucus intestinal.

DE LA GASTRORRHÉE OU FLUX MUQUEUX DE L'ESTOMAC.

La muqueuse gastrique est quelquefois le siége d'une sécrétion surabondante, c'est cette altération que l'on a désignée sous le nom de gastrorrhée.

Dans ces derniers temps, cette affection a été confondue avec la gastrite, mais elle doit en être distinguée, et on doit lui assigner une place à part. Son existence est démontrée :

1º Par l'inspection cadavérique; on trouve assez souvent, à l'ouverture des cadavres, la muqueuse gastrique tapissée par une couche épaisse de mucus exhalée à sa surface, sans que cette muqueuse présente aucun des caractères anatomiques de l'état inflammatoire;

2º Par les symptômes que nous allons exposer;

3º Par le traitement entièrement opposé à celui de la gastrite.

L'existence de la gastrorrhée est aussi réelle que celle de toutes les maladies de l'estomac dont je vous ai tracé l'histoire. Après bien des méditations sur ce point de pathologie, je ne puis me refuser d'admettre cette affection dans les cadres nosologiques. Je puis affirmer qu'elle peut se montrer indépendamment de tout travail phlegmasique. Il ne faut pas oublier toutefois qu'elle est, dans certaines circonstances, consécutive à l'inflammation; et sous ce rapport, la muqueuse gastrique est soumise à cette loi pathalogique, en vertu de laquelle toute inflammation de muqueuse, arrivée à une certaine période peut ne plus consister que dans un simple flux. C'est ce qu'on observe pour les muqueuses oculaire, bronchique, vaginal; de là les bronchorrhées et les leucorrhées qui ne sont que la terminaison de la bronchite et de la vaginite. Dans quelques cas aussi, l'augmentation de sécrétion de la muqueuse gastrique coïncide avec une phlegmasie de l'estomac, et n'en est qu'un des symptômes. Tous ces cas peuvent se présenter. Il faut les distinguer avec soin, car le traitement qui convient à l'un peut être nuisible aux autres.

Causes. On doit les rechercher, soit dans le monde extérieur, soit dans l'individu lui-même. Parmi les causes externes, nous noterons les influences atmosphériques qui jouent un rôle immense dans la production des flux muqueux des voies digestives. C'est ainsi que sous l'influence d'un air humide, on les voit régner endémiquement dans certains pays, et épidémiquement en d'autres. C'est surtout dans les pays et dans les saisons humides qu'on observe cette affection. Les aliments indigestes, les aliments trop doux, les boissons mucilagineuses favorisent sa production. Ce sont surtout les individus qui présentent les traits du tempérament lymphatique et de la constitution scrofuleuse qui y sont plus prédisposés.

De ce que cette maladie n'est pas une inflammation, n'en concluons pas qu'elle est liée à un état asthénique. La dichotomie brownienne n'a rien à faire ici. Il y a un trouble particulier des fonctions digestives. Ce désordre fonctionnel, comme les autres, peut amener à sa suite l'inflammation, le cancer, comme les palpitations nerveuses peuvent amener l'hypertrophie du cœur; mais il ne doit pas être pour cela, confondu avec la gastrite, et avec le cancer de l'estomac.

Symptômes. Les individus atteints de gastrorrhée éprouvent un sentiment de pesanteur à la région épigastrique, qui augmente suivant la nature des aliments ingérés dans l'estomac; sous l'influence des aliments mucilagineux, les digestions languissent; les aliments excitants en favorisent le travail. Ordinairement l'appétit se perd, la soif est peu vive; la bouche est fade, pâteuse, quelquefois amère; il existe souvent des nausées, soit spontanées, soit provoquées par l'ingestion des boissons et des aliments; on observe aussi des vomissements qui sont constitués par des matières alimentaires, ou bien par des mucosités filantes et demi-transparentes, que les malades

désignent sous le nom de pituite. La langue reste large et humide, elle est couverte d'un enduit blanchâtre, et n'offre de rougeur ni au pourtour, ni à la pointe; quand la maladie est bornée à l'estomac, il y a constipation.

Les phénomènes généraux qui accompagnent cette affection, peuvent se montrer avec ou sans fièvre; dans le dernier cas, les malades éprouvent un malaise général, et accusent un sentiment de faiblesse; dans l'autre cas, la fièvre se montre continue et maligne, et les malades présentent cet ensemble de symptômes qui constitue *la fièvre muqueuse* des auteurs. On voit aussi quelquefois, la sécrétion des bronches, de la bouche, du pharynx, de l'intestin, de la vessie, augmenter d'une manière notable, et c'est dans ces circonstances qu'on observe une véritable diathèse muqueuse, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les pays et dans les saisons humides.

La gastrorrhée peut ne durer que quelques jours, elle peut aussi se prolonger plus longtemps; elle peut se terminer par le retour à la santé, et se transformer en une autre maladie; elle peut se montrer sous forme aiguë et sous forme chronique. Il y a des individus qui, pendant plusieurs mois, et même pendant des années, rejettent, chaque jour, une certaine quantité de mucosités, et n'éprouvent pas d'autre trouble des fonctions digestives. Cette affection offre en outre une grande tendance à la récidive; ainsi on voit des individus en être atteints à chaque changement de saison.

Le diagnostic est quelquefois difficile; toutefois un examen attentif ne permettra pas de confondre le simple flux de la muqueuse gastrique avec la phlegmasie de cet organe. S'il existe des doutes, c'est au traitement à les dissiper; c'est là la véritable pierre de touche.

Traitement. Les émissions sanguines, les bains, les boissons mucilagineuses que nous avons recommandés dans le traitement de la gastrite, doivent être sévèrement proscrits; s'il y a anorexie, on soumettra les malades à la diète; dans le cas contraire, on leur permettra l'usage des bouillons nourrissants, et spécialement des bouillons gras, qui doivent être préférés au lait. Il est des malades à qui l'on accordera quelques aliments solides. On prescrira en même temps des boissons aromatiques, acides ou amères, telles que les infusions de camomille, de centaurée, de germandrée, la limonade végétale, la décoction de chicorée sauvage. Si ces moyens ne suffisent pas, on aura recours aux vomitifs, qui produisent, en pareil cas, de merveilleux effets. J'ai vu bien des fois disparaître, en vingt-quatre heures, sous l'influence d'un vomitif, des gastrorrhées qui persistaient depuis quinze ou vingt jours.

Si les amers et les vomitifs réussissent, la maladie est jugée. Mais, il est quelquefois nécessaire, pour achever la guérison, d'administrer un ou deux purgatifs, à deux jours d'intervalle. Les purgatifs salins, tels que l'eau de Sedlitz, le sulfate de soude, sont ceux auxquels il faut donner la préférence. Il faut se garder de prescrire, en pareil cas, les purgatifs huileux. La rhubarbe, soit comme amer, soit comme laxatif, est employée avec avantage. Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques, propres à combattre efficacement la gastrorrhée.

J'ai eu bien souvent l'occasion d'en constater le succès, et dernièrement encore chez un malade couché dans les salles de la Pitié, chez lequel un vomitif a fait disparaître, en vingt-quatre heures, cet ensemble de symptômes qui caractérisent la maladie dont je viens de parler.

DE L'ENTERORRHÉE.

La définition de la gastrorrhée peut être appliquée à l'enterorrhée. Le siége seul de la maladie diffère; elle peut très-bien exister avec elle, comme aussi exister seule.

Nous lui distinguerons deux variétés; dans la première il n'y a pas d'écoulement notable de liquides; dans la seconde cet écoulement est considérable.

Les causes sont les mêmes que celles de la précédente.

1re *Variété.* Le ventre est développé, bouffi; les gargouillements sont fréquents, et on les fait naître en pressant les parois abdominales; la douleur ne se manifeste qu'à la pression de l'abdomen. Les selles sont rares ou irrégulières. La diarrhée qui signale le début de cette affection peut être remplacée par la constipation. La langue est dans l'état normal, et les symptômes généraux ne sont pas plus prononcés que dans la gastrorrhée.

On opposera à cette forme de la maladie les amers, quelques purgatifs et des excitants cutanés.

2e *Variété.* Le symptôme prédominant est ici un écoulement abondant de mucosités par l'anus. Ce flux est souvent constitué par du sérum qui semble être la matière elle-même de la perspiration de la muqueuse augmentée de quantité; c'est de l'albumine dissoute dans une certaine quantité d'eau; ce pourrra être du mucus sécrété par les follicules, et alors les selles seront plutôt muqueuses. Ces deux sortes de matières, mucus et sérum, constitueront essentiellement les selles; elles pourront être accompagnées par une notable quantité de bile.

L'autopsie montre que la muqueuse intestinale est exempte d'altération sous le rapport de la couleur et de la consistance; loin d'être rouge elle est, au contraire, pâle, de sorte que cette augmentation de sécrétion coïncide avec l'anémie de la muqueuse.

Cette maladie est plus commune chez les enfants; elle se montre sous forme aiguë ou chronique.

Forme aiguë. Elle peut apparaître tout à coup sans cause connue; elle peut se manifester à la suite d'une suppression brusque de transpiration; comme cela arrive lorsque le corps, étant baigné de sueur, on s'expose à un air humide et froid. Dans cette brusque diminution de perspiration cutanée le flux pourra ne pas être établi subitement à la muqueuse, mais se porter au contraire vers les séreuses; il peut aussi se porter sur la muqueuse intestinale et constituer la maladie qui nous occupe. On ne peut pas admettre, dans ce cas, que le flux soit produit par l'inflammation, et il ne nous semble pas déplacé d'avancer que de même que la peau, la muqueuse intestinale peut suer, et suer abondamment sans qu'il y ait aucune trace d'inflammation. Il arrive souvent que quand un épanchement séreux disparaît tout à coup, il survient à l'intestin un flux séreux semblable à l'épanchement et de même nature que lui. D'autres causes peuvent encore déterminer le flux intestinal. Ainsi on rencontre des personnes qui ne peuvent pas être soumises à une influence morale un peu vive sans qu'un flux séreux ne s'établisse, de la même manière que la peau se couvre de sueur dans les mêmes circonstances.

L'enterorrhée aiguë se manifeste tout à coup par des évacuations très-abondantes qui ne sont précédées que de gargouillement; chez l'adulte le pouls est remarquable par sa petitesse, chez les jeunes enfants ces évacuations abondantes déterminent un état comateux ou des convulsions.

Sa durée est ordinairement de peu de jours; quelquefois elle est suivie d'une véritable inflammation intestinale; la mort même peut survenir au milieu d'un flux, et si on ouvre le cadavre, on ne sera pas peu étonné de trouver la muqueuse pâle et exempte de phlogose. Il n'avait pas échappé à Pinel que ce flux juge souvent des accidents de névralgie.

Le traitement devra varier suivant la gravité de la maladie. Si le flux est léger, s'il affaiblit peu le malade, il suffira de l'entourer de chaleur, de le mettre à la diète et de lui donner des boissons chaudes aromatiques. Si, au contraire, le flux est abondant, que les accidents qu'il détermine soient graves, il faut s'abstenir surtout des émissions sanguines, appliquer des sinapismes aux membres, et recourir aux préparations opiacées que l'on administrera par la bouche et par le rectum.

Force chronique. Les mêmes causes qui produisent la gastrorrhée chronique déterminent l'enterorrhée chronique. Si le mucus sécrété par la muqueuse nasale, buccale et pharyngienne peut varier impunément de quantité chez certains individus, il n'en est plus de même du mucus intestinal dont la présence irrite la surface de l'organe et y produit l'enterorrhée chronique. Le symptôme prédominant de cette affection est une diarrhée continue ou par intervalles. C'est assez souvent à la suite d'une phlegmasie qu'on la voit survenir, et quand elle est abondante les malades s'affaiblissent.

L'habitation dans un pays chaud exerce une grande influence sur la guérison de l'enterorrhée chronique. Il faut administrer des pilules composées d'un demi-grain d'alun, d'un grain d'ipécacuanha, d'un quart de grain d'extrait gommeux d'opium, une chaque jour. On pourra augmenter les doses successivement. On se trouvera bien aussi, dans certaines circonstances, d'administrer 12, 15, 24 grains d'ipécacuanha. Les vésicatoires et les frictions sèches aromatiques répétées plusieurs fois le jour, conviendront aussi.

DE LA DYSSENTERIE.

La dysenterie est caractérisée par l'excrétion fréquente et laborieuse d'un mucus sanguinolent, d'une sérosité rougeâtre, avec douleur cuisante et chaleur vive à l'anus.

L'anatomie pathologique démontre évidemment des traces d'inflammation, particulièrement dans le gros intestin. La membrane muqueuse est colorée d'un rouge plus ou moins foncé et recouverte d'une certaine quantité de matières semblables à celles qui étaient excrétées pendant la vie; elle est épaissie et quelquefois tapissée par de fausses membranes. On peut y trouver des ulcérations, surtout dans les dysenteries épidémiques. Ces ulcérations, d'abord petites, s'étendent bientôt en plaques plus ou moins larges, et dans quelques circonstances, on trouve l'intestin rectum presque entièrement ulcéré. L'ulcération est tantôt bornée à la muqueuse, tantôt elle atteint les autres tuniques, et parfois il y a perforation. On a observé, dans quelques cas, que cette inflammation pouvait se terminer par gangrène. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, rouges et quelquefois ramollis pendant les premiers temps de la maladie; plus tard ils deviennent noirs.

Les ténesmes qui accompagnent la dysenterie font présumer que la membrane muqueuse seule n'est pas altérée dans cette maladie, et que la membrane musculeuse doit participer à cette altération. L'anatomie pathologique a démontré en effet que cette membrane présente souvent des traces d'inflammation.

La dysenterie est sporadique, endémique ou épidémique.

Les causes de la dysenterie sont nombreuses et fort diverses. Il faut les rechercher dans l'influence exercée par les aliments, par les différentes conditions de l'atmosphère, par les

climats, les habitations, les souffrances morales, etc.

Les aliments de mauvaise qualité, les fruits verts, l'abus des fruits mûrs, le pain mal cuit ou fait avec des farines avariées, les viandes gâtées et les eaux corrompues peuvent déterminer la dysenterie. L'armée prussienne fut décimée en 1792, en Champagne, par une dysenterie causée par l'abus du raisin vert; l'armée française qui, en 1830, traversa la Provence pour aller à Alger, fut atteinte de dysenterie occasionnée par l'abus des oranges et des fruits du midi. Quelquefois, chez des individus affaiblis, un simple écart de régime, un aliment indigeste déterminent la dysenterie. Elle est occasionnée parfois par la présence d'un corps étranger qui irrite le gros intestin. L'abus des purgatifs drastiques, des liqueurs alcooliques, des vins très-généreux ou mal fermentés, doit aussi être rangé parmi les causes les plus puissantes de cette maladie.

Doit-on attribuer aux émanations putrides qui s'élèvent des substances animales en putréfaction, la faculté de déterminer la dysenterie? Je crois que, sur ce point d'étiologie la science manque de données suffisantes, et que si, dans quelques circonstances, on a pu attribuer la dysenterie à cette cause, il en est d'autres, dont on doit tenir compte, où des individus soumis pendant longtemps à l'influence de ces causes, n'en sont nullement incommodés. Je citerai pour exemple les étudiants en médecine et les médecins qui se livrent aux recherches d'anatomie pathologique chez lesquels la dysenterie n'est pas plus fréquente que dans d'autres professions. Je me suis informé si les équarisseurs de Montfaucon y étaient plus sujets que d'autres individus; ils jouissent en général d'une santé parfaite. Je crois, qu'en somme, on a beaucoup exagéré l'influence délétère des émanations putrides, et qu'il en est d'elles comme de la plupart des autres causes qui n'agissent efficacement, dans la production des maladies, que lorsqu'il y a prédisposition à les contracter.

Pringle attribue une grande influence, comme cause de dysenterie, à l'impression du froid humide sur le corps. Il fait observer qu'à la bataille de Dettingue, un très-grand nombre de militaires français qui furent exposés, pendant toute une nuit, à une pluie abondante, furent atteints de dysenterie, tandis qu'un corps d'armée, campé à quelque distance, qui n'avait pas été soumis à la même cause, en fut exempt.

On n'a pas remarqué qu'aucun âge, qu'aucun sexe, qu'aucun tempérament prédisposassent d'une manière manifeste à la dysenterie.

L'influence de l'habitation dans les lieux bas et marécageux, sur la production de la dysenterie, se fait sentir plus particulièrement sur les étrangers que sur ceux qui sont nés dans ces conditions.

La dysenterie peut se montrer dans toutes les saisons, mais pas avec une égale fréquence. Ainsi, on l'observe incomparablement plus souvent en été qu'en hiver. Le docteur Ozanam a donné l'histoire des cinquante principales épidémies dysentériques observées en Europe. On trouve que, sur ce nombre, trente-six ont régné en été, douze en automne, une en hiver et une au printemps. Le docteur Annesley qui rapporte que 13,900 individus furent atteints de dysenterie au Bengale de 1820 à 1825, a trouvé qu'il y en avait eu 2,400 pendant la saison froide, 4,500 pendant la saison chaude et sèche, et 7,000 pendant la saison chaude et humide.

Quand aux climats, il est incontestable que les climats chauds ont une grande influence sur la production de la dysenterie. C'est là qu'elle est plus intense et plus meurtrière. Elle est endémique en Égypte et dans les contrées équatoriales. Remarquons que dans ces contrées, elle exerce ses plus grands ravages sur les européens nouvellement arrivés.

Enfin, comme cause de dysenterie, tous les observateurs ont fait mention de fatigues excessives, de marches forcées, de passage brusque d'une température chaude à une température humide et froide, d'inquiétudes morales, de la nostalgie, etc., etc.

Un grand nombre de médecins célèbres ont considéré la dysenterie comme contagieuse. Pringle, Zimmermann, Cullen, Frank, Hoffmann, Pinel, Desgenetes et une foule d'autres partagent cette opinion. Ils ont cité des cas où la dysenterie s'était manifestée après qu'un individu s'était assis sur le bassin contenant les matières rendues par un dysentérique. Il ne m'est pas possible d'admettre la contagion de la dysenterie, telle au moins qu'elle se présente à notre observation, sous la forme sporadique. Les faits journaliers, la fréquentation des hôpitaux donnent un démenti formel à cette opinion (1).

La dysenterie est quelquefois précédée par une diarrhée considérable et par quelques symptômes généraux, tels que frisson, douleur, faiblesse. D'autres fois l'invasion est brusque, et la maladie se caractérise sur-le-champ.

Il est important de distinguer deux formes

(1) Que penser de l'opinion de Linné qui attribuait la dysenterie à un animalcule particulier, assez semblable à l'*acarus* de la farine, et qui existerait en très-grand nombre dans les excréments des malades? Je ne sais, si, depuis Linné, aucun naturaliste a fait des recherches à ce sujet, et a voulu vérifier si cet homme illustre, cet observateur si exact a pu réellement voir ce qu'il dit avoir vu. A. L.

dans cette maladie : la dysenterie légère et la dysenterie grave.

Les symptômes de la dysenterie légère sont des douleurs peu intenses dans l'abdomen que la pression n'augmente pas sensiblement. Ces douleurs ont surtout leur siége vers le rectum. Les malades éprouvent au-dessus de l'anus la sensation d'un poids qui détermine des efforts fréquents, douloureux et presque toujours inutiles. La région de l'anus est chaude ; les malades y éprouvent quelquefois la sensation d'un déchirement au moment du passage des matières. Ils sont tourmentés par un besoin irrésistible d'aller à la selle, et après que les premières évacuations ont déterminé la sortie des matières fécales contenues dans l'intestin, ils ne rendent plus qu'un mucus sanguinolent, qu'une sérosité rougeâtre, quelquefois du sang pur. Ces matières sont ordinairement en très-petite quantité et peu en rapport avec les efforts prolongés et douloureux qu'elles ont nécessités. La vessie peut participer à cet état d'irritation, et les malades éprouvent alors un besoin continuel et douloureux d'uriner. Bientôt à ces symptômes locaux succèdent des symptômes généraux. Les malades s'affaiblissent, ils sont tourmentés par l'insomnie, il y a inappétence; le pouls est petit, souvent accéléré ; il y a quelquefois des nausées et des vomissements. Ces symptômes persistent de quatre à huit jours, après lesquels le besoin d'aller à la selle et les douleurs abdominales ne se font plus sentir qu'à des intervalles de plus en plus éloignés; les excrétions deviennent de moins en moins douloureuses, l'appétit et le sommeil reviennent, et le malade se rétablit peu à peu.

Dans la dysenterie intense, les symptômes sont beaucoup plus graves. Elle sévit surtout dans les armées, dans les grands entassements d'hommes, dans les prisons, les vaisseaux, les villes assiégées, sur des individus en proie à des affections tristes, sous l'influence d'une mauvaise nourriture, etc. Sous de telles conditions, la dysenterie présente, dès son début, une fièvre plus ou moins intense ; les malades gardent le lit ; les douleurs abdominales sont fort aiguës ; le besoin d'aller à la selle se fait sentir à tout instant ; les évacuations, très-douloureuses, sont rougeâtres ou brunes, quelquefois puriformes et d'une insupportable fétidité ; la soif est vive, le pouls fréquent, faible et irrégulier, la respiration accélérée, la face décomposée, la peau sèche, rugueuse et recouverte d'une sorte de vernis.

La dysenterie peut se terminer heureusement par la diminution graduelle de tous les symptômes, ou par la mort à une époque plus ou moins éloignée. Cette terminaison fatale s'annonce par l'aggravation de tous les symptômes, par une altération profonde de la face, par le hoquet, le météorisme, le refroidissement des extrémités, la petitesse et l'insensibilité du pouls.

Il sera toujours facile de diagnostiquer la dysenterie par les douleurs abdominales, le ténesme, l'excrétion douloureuse et difficile du mucus sanguinolent.

Le *pronostic* varie suivant l'intensité de la maladie. La dysenterie épidémique est une maladie très-grave et très-meurtrière. La dysenterie sporadique ne présente presque jamais aucun danger.

Le *traitement* de la dysenterie doit varier selon qu'elle est légère ou intense. Dans la dysenterie légère, la diète complète, le repos, l'eau de riz, la décoction blanche, des demi-lavements mucilagineux, des émollients, les bains tièdes, les cataplasmes sur l'abdomen, et surtout l'extrait gommeux d'opium, à la dose d'un grain dissous dans quatre onces d'eau sucrée que l'on administre par cuillerées de demi-heure en demi-heure; tels sont les moyens qui suffiront, dans l'immense majorité des cas, pour combattre cette affection.

Dans la dysenterie grave, les moyens que l'art emploie varient, ainsi que les formes qu'elle peut revêtir. Ainsi dans la dysenterie avec prédominance de symptômes inflammatoires, les évacuations sanguines générales et locales devront être mises en usage. Dans la dysenterie qui prend quelques caractères bilieux, on devra prescrire les boissons acidules et les évacuations par haut ou par bas. Quand elle se présente avec prostration extrême des malades, avec affaiblissement et tout ce qui caractérise l'état adynamique, on devra s'abstenir de retirer du sang et on devra recourir aux astringents et aux toniques, tels que le quinquina, le simarouba, le cachou, le ratanhia, les vins généreux, auxquels on pourra joindre les lavements opiacés et quelquefois l'application d'un vésicatoire sur le ventre.

Les moyens les plus opposés ont été vantés dans le traitement de la dysenterie; il n'est pas possible, dans l'état actuel des choses, de porter un jugement définitif sur ces moyens.

La *dysenterie chronique* s'observe principalement à la suite des épidémies. Elle a presque toujours une terminaison fatale, précédée par un amaigrissement extrême, par une altération profonde de la face, par l'anasarque et quelquefois le scorbut.

CHOLÉRA-MORBUS.

Nous diviserons en deux parties ce que nous avons à dire sur cette maladie. Dans la première, nous examinerons le choléra-morbus *sporadique* ou *cholera nostras ;* dans le second, nous ferons l'exposé de nos connaissances actuelles sur le choléra *épidémique* ou *asiatique.*

CHOLÉRA-MORBUS SPORADIQUE.

Le choléra-morbus a été connu dans tous les temps. Il en est fait mention dans la Bible; Hippocrate, Arétée, Celse, Cœlius-Aurélianus en ont laissé des descriptions exactes. Pour eux cette maladie était un grand écoulement de bile par haut et par bas, d'où le nom de χόλερα dérivé de χόλη, bile.

L'anatomie pathologique a appris peu de chose sur le choléra sporadique. Souvent les recherches les plus minutieuses ne découvrent aucune altération organique, à laquelle on puisse rattacher les symptômes cholériques; celles que l'on rencontre dans d'autres circonstances, telles que la rougeur, et les autres lésions du tube digestif ne peuvent pas être prises en considération pour la détermination du siége de la maladie, car c'est tantôt sur l'estomac, tantôt sur le duodénum, ou toute autre portion de l'intestin qu'on les rencontre.

Les causes du choléra sporadique peuvent être divisées en celles qui portent leur action primitive sur les voies digestives, et en celles qui agissent primitivement sur les centres nerveux, qui réagissent à leur tour sur les organes digestifs. Dans la première série de ces causes, on a noté les viandes salées ou faisandées, la chair de porc, les œufs de brochet, de barbeaux, le melon, l'ananas, etc. Les boissons à la glace et les glaces sont une cause assez fréquente de choléra sporadique. Il y a quelques années, qu'à Paris, un certain nombre d'individus en fut atteint, après avoir pris des glaces au café de la Rotonde, au Palais-Royal. On crut d'abord à un empoisonnement déterminé par quelque défaut de soin apporté aux ustensiles de cet établissement, mais l'investigation la plus minutieuse prouva que les accidents qui étaient survenus devaient être attribués à l'usage des glaces.

Dans le second ordre de causes du choléra sporadique, on doit ranger les climats chauds. Hippocrate avait déjà observé qu'il était fréquent en Grèce; il l'est aussi en Espagne et en Italie. Il est endémique aux Indes et dans certaines parties de l'Amérique.

On l'a vu survenir après une émotion morale vive, un accès de colère, ou une grande frayeur.

On l'observe plus fréquemment à l'âge adulte.

On a remarqué que, dans nos climats, il était plus fréquent au commencement de l'automne que dans les autres saisons.

Le début de cette maladie est variable. Dans certains cas, il est précédé par un frisson, une céphalalgie plus ou moins intense, par quelques coliques et quelques nausées. Dans d'autres, l'invasion est subite, et les vomissements et les déjections alvines paraissent tout à coup. Dans l'une et l'autre circonstance, les matières vomies sont d'abord aqueuses, puis bilieuses et inodores. Il en est de même des évacuations alvines. Dans les cas heureux, la maladie se borne à ces premiers phénomènes; mais dans la plupart des cas, les symptômes s'aggravent bientôt. Les malades éprouvent des douleurs à l'épigastre et dans l'abdomen qui les jettent dans une anxiété extrême. Les matières rendues sont noires ou verdâtres, et d'une fétidité insupportable; une soif ardente s'allume, le pouls s'affaiblit et devient, dans quelques cas, insensible; la face pâlit et se décompose, les yeux se cavent, la peau se refroidit et se couvre d'une humeur visqueuse et froide; l'abattement est extrême, et la prostration profonde. Dans les cas les plus fréquents, les malades sont tourmentés par des contractions spasmodiques des muscles, des membres, contractions très-douloureuses et connues sous le nom de *crampes*. La sécrétion de l'urine est ordinairement supprimée.

La durée de ces phénomènes peut n'être que de quelques heures; elle peut se prolonger pendant deux, trois ou quatre jours. Dans les circonstances les plus favorables, les désordres fonctionnels cessent presque subitement, il ne reste au malade qu'un peu de faiblesse qui se dissipe graduellement. D'autres fois, tous les symptômes persistent en s'aggravant de plus en plus, et les malades succombent au milieu d'une soif inextinguible, d'une chaleur brûlante et d'une douleur atroce de l'épigastre. Cette terminaison fatale est heureusement la plus rare pour le choléra sporadique; elle n'a guère lieu que lorsque le choléra est sous la dépendance d'une cause générale, et qu'il devient épidémique. On a observé aussi qu'il était plus souvent mortel aux enfants et aux vieillards.

Vous distinguerez le choléra de l'entérite, en ce que dans cette dernière, la sensibilité du ventre est toujours plus grande, le mouvement fébrile intense, et la peau sèche; de la colique de plomb, par la constipation rebelle qui l'accompagne; de l'ileus, par les évacuations alvines qui sont rares et difficiles, et dès longtemps précédées par le vomissement; d'un étranglement interne ou d'une invagination, par la nature des vomissements et par la constipation; de l'empoisonnement enfin, par les vomissements qui précèdent toujours la diarrhée et puis par les recherches chimiques.

Le traitement du choléra sporadique ne différant pas essentiellement de celui de choléra asiatique, nous renvoyons à celui-ci ce que nous avons à dire.

DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Synonymie.

Morxi, *mordechi* ou *mordechien*, Indiens;
Sitanga ou *sinanga*, Livres samscrits;
Holouan, Chinois;

Hachaiza, Arabes;
Ouebb, Persans;
Brak-Loop, Hollandais de Batavia;
Chornaia-colezn, Russes;
Trousse-galant, Français du moyen âge;
Choléra-morbus, Europe;
Choladrée lymphatique, M. Bailly.

Historique. Depuis la plus haute antiquité, le choléra était connu dans l'Inde où il renfermait ses ravages près des bouches du Gange. En 1817, on apprit que tout à coup il venait d'éclater à Jessore, ville populeuse située au milieu du Delta que forme ce fleuve. Dès l'année suivante l'immense empire de la compagnie des Indes et l'Indoustan presqu'entièrement furent envahis par ce fléau. En 1819, les îles Moluques, de France, et de Bourbon essuyèrent ses ravages, et un an plus tard l'empire des Birmans et la Chine furent en proie à ses fureurs.

De 1820 à 1830 s'étendant vers l'Ouest et le Nord, il envahit la Perse et l'Arabie, paraît au pied du Caucase, sur les bords de la mer Caspienne et dans la Sibérie, pénètre enfin dans la Russie où il immole de nombreuses victimes à Pétersbourg et à Moscou.

En 1831, tout le Nord de l'Europe, la Pologne, la Gallicie, l'Autriche, la Bohême, la Hongrie et la Prusse sont successivement envahies. Bientôt traversant les mers, il paraît en Angleterre, d'où franchissant le détroit, il arrive à Paris, le 26 mars 1832. De cette ville il se répand dans une grande partie de la France, pénètre en Portugal, puis en Espagne, envahit la Provence et le Languedoc, une partie de l'Italie d'où probablement il se répandra sur les contrées où il n'est pas encore parvenu.

Telle a été jusqu'à ce jour la marche de cette épidémie redoutable, sans analogue dans l'histoire du monde, qui a partout déjoué les efforts de la science et de l'humanité, qui arrive sans cause, disparaît sans raison et dont la nature intime et la cure sont aussi problématiques aujourd'hui qu'elles l'étaient avant qu'une cruelle expérience vînt confondre notre raison devant nos efforts impuissants.

Examinons, cependant, ce que nous ont appris les investigations anatomiques, les recherches sur les causes de cette maladie, les observations, malheureusement trop nombreuses, que nous possédons sur ses symptômes, les hypothèses sur sa nature, et enfin les opinions diverses sur son traitement; et quels que soient les résultats auxquels nous arriverons, rappelons-nous, qu'en médecine, surtout, *savoir qu'on ignore est un commencement de science.*

Anatomie pathologique. Un premier phénomène fort remarquable à noter, c'est que les individus morts dans la période algide et présentant un refroidissement complet de tout le corps, se réchauffent après la mort, et conservent une chaleur notable jusqu'à ce que la rigidité commence.

On a remarqué aussi des contractions musculaires et des mouvements spontanés quelque temps après la mort.

La figure conserve, en général, l'expression qu'elle avait avant la mort, ce qui rend caractéristiques les cadavres des cholériques.

Altérations du tube digestif. Dans l'immense majorité des cas, et sur le cadavre d'individus morts dans la période algide, l'estomac et les intestins présentent une rougeur brunâtre due à l'injection veineuse. Les arcades veineuses du mésentère et un grand nombre de vaisseaux que l'on n'est pas habitué à voir dans les recherches ordinaires d'anatomie pathologique, se dessinent, font saillie, et offrent une couleur noire dans les gros vaisseaux, et une couleur rouge livide dans les petits. Cette injection veineuse augmente l'épaisseur des parois intestinales. Elle est à son summum d'intensité dans l'intestin grêle, où l'on trouve des plaques brunes ou d'un rouge-lilas uniforme, d'une longueur de quatre à cinq pouces. L'injection diminue dans le gros intestin, à la fin duquel elle disparaît entièrement.

On trouve les intestins remplis d'une matière blanche particulière, qui est la même que celles des vomissements et des selles, et que nous décrirons en parlant des symptômes. Quand on ouvre l'intestin, la partie la plus liquide de cette matière s'écoule et le reste est déposé en couche épaisse sous forme de mucosités glaireuses, adhérentes à toute la surface de la membrane muqueuse. Cette substance est très-abondante; elle est d'une couleur gris-terne.

Les intestins présentent souvent des traces d'inflammation aiguë ou chronique; mais les cas où elles n'existent pas, sont si nombreux qu'on ne peut rien conclure de leur existence, si ce n'est qu'il y a complication quand on les observe.

Une altération très-fréquente du tube digestif est celle qui consiste dans le développement des follicules de Brunner. Cette altération n'est pas toujours la même. Quelquefois ce n'est qu'une éruption de petites vésicules miliaires, blanches et demi-transparentes qui sont répandues sur toute la muqueuse de l'intestin grêle. Ces vésicules sont extrêmement nombreuses et semblent remplies d'un liquide. D'autres fois on observe de véritables plaques, ayant au centre un point noir déprimé; elles semblent remplies d'une matière compacte. Dans quelques cas, enfin, on remarque de véritables plaques ulcérées, et cela ne s'observe que lorsque le choléra-morbus revêt la forme typhoïde.

Injection veineuse, éruption folliculeuse, voilà les seules altérations du tube digestif

qui conserve, sous tous les autres rapports, ses propriétés normales.

Altérations de l'appareil circulatoire. Les cavités droites du cœur, les veines jugulaires, les veines caves, la veine azygos, sont gorgées de sang noir; la face postérieure des oreillettes présente souvent de véritables ecchymoses. Le système artériel est vide ordinairement, les artères sont comme revenues sur elles-mêmes, et à peine trouve-t-on quelques caillots dans l'aorte et dans les cavités gauches du cœur; le cœur lui-même est souvent flasque et d'une mollesse remarquable.

La rate est tantôt desséchée, comme atrophiée, tantôt gorgée de sang noir qu'on fait sourdre par tous les points, en pressant cet organe, après l'avoir incisé.

Les altérations du sang doivent fixer l'attention; il est plus noir, plus brillant, plus épais, plus visqueux, et semblable à du raisiné; il est aussi moins riche en sérosité, n'imbibe pas aussi facilement les parois vasculaires, et rougit moins vite à l'air. Tels sont ses apparences physiques.

La chimie a été aussi interrogée, et voici les résultats auxquels sont arrivés les chimistes qui se sont occupés de ce sujet. Sur un individu sain, le sérum du sang contient, sur 1,000 parties, 906 parties d'eau; chez les cholériques, on n'en trouve plus que 854. D'un autre côté, on a constaté que, sur 100 parties, le sang des cholériques contient 66,8 de caillot, pour 33,2 de sérum, tandis que, dans le sang ordinaire, on n'a pour la même proportion de sérum, que 27,8 de caillot, ce qui fait une différence de plus de moitié. Le sang des cholériques contient donc moins d'eau que le sang ordinaire.

Les expériences de MM. Lecanu et Rayer, de MM. Reid-Clanny et O'shangnessy ont prouvé que le sang des cholériques contient beaucoup moins de substances salines que le sang non cholérique.

Tous les chimistes ont aussi remarqué qu'il contient une quantité beaucoup plus considérable d'albumine que dans l'état normal.

Altérations de l'appareil respiratoire. Les bronches présentent l'injection que nous avons trouvée sur la muqueuse intestinale. Les poumons sont presque toujours dans leur état normal, à moins de quelques complications.

Altérations de l'appareil sécréteur. Le foie est très-souvent engorgé de sang noir. La bile est ordinairement épaisse, filante, noirâtre, et sa quantité est notablement augmentée; les reins sont aussi remplis de sang. Dans le plus grand nombre des cas, on trouve la vessie vide et resserrée sur elle-même.

Sur la surface des membranes séreuses, on observe une matière poisseuse, répandue surtout en plus grande abondance à la surface du péritoine, mais qui existe aussi dans les plèvres, moins souvent dans le péricarde et plus rarement encore dans l'arachnoïde.

Altérations de l'appareil innervateur. A la surface du cerveau et du cervelet, on trouve une injection veineuse considérable, et sur cette dernière partie de l'encéphale, quelquefois des plaques ecchimosées.

Peu de sérosité dans les ventricules, quantité abondante de sang noir dans la substance cérébrale.

Si ce n'est cette injection, le cerveau et le prolongement rachidien sont habituellement dans l'état normal.

Le système nerveux ganglionaire où Delpech avait annoncé avoir trouvé des altérations remarquables, nous a toujours paru dans un état complet d'intégrité.

Les membres présentent aussi à un haut degré l'injection veineuse; la substance spongieuse des os et les dents sont quelquefois d'un rouge brunâtre, effet de cette stase veineuse.

Telles sont les principales altérations cadavériques que le choléra laisse sur les individus qu'il a frappés. L'injection veineuse est la plus fréquente. Quelquefois on ne trouve absolument rien, et ce qu'on trouve ne suffit pas pour rendre compte des altérations fonctionnelles, et de la terminaison funeste qui les suit.

Causes. Tout est conjecture dans l'histoire des causes du choléra asiatique; l'exposé que nous allons en faire ne le prouvera que trop.

L'influence de l'alimentation a été étudiée avec soin. Rien de bien satisfaisant n'est résulté de ces recherches. Les individus bien nourris, comme ceux qui le sont mal, les hommes sobres comme les intempérants sont frappés par le fléau. Sans doute, il faut admettre que l'épidémie fera de faciles victimes sur des individus déjà affaiblis par une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, sur ceux qui se livrent habituellement à l'intempérance; mais ces effets ne sont pas particuliers au choléra, et l'histoire de toutes les grandes épidémies apprend qu'il en a été toujours ainsi. Il faut cependant tenir compte des faits nombreux qui attestent que l'intempérance pour les boissons alcooliques prédispose au choléra.

Il est d'observation que le passage brusque du chaud au froid a une influence énergique sur la production du choléra. De toutes les variations atmosphériques, c'est celle dont les effets ont été le plus souvent constatés.

Le choléra, une fois déclaré dans une contrée, il est certain que l'encombrement, l'habitation dans des lieux humides et mal aérés, les grands déplacements d'hommes, les excès, la misère, la frayeur, les maladies chroniques, tout ce qui tend à affaiblir l'homme, soit en agissant sur le système nerveux, soit en portant une action plus directe sur le ca-

nal digestif, il est certain, disons-nous, que ces causes favorisent la production du choléra.

Mais la cause efficiente du choléra lui-même qui la connait? Personne, et toutes les investigations possibles, les hypothèses les plus ingénieuses n'ont fait que confirmer cette conclusion que la cause du choléra est absolument inconnue. Le ciel, la terre, l'atmosphère qui l'environne, les produits qu'elle porte, les phénomènes physiques qui s'y passent tout a été interrogé, et, soit que nos moyens d'investigation soient trop bornés, soit que la cause du choléra réside en dehors de ces influences, on n'a obtenu que d'impuissants résultats et la certitude désespérante de notre ignorance.

Peut-on admettre en effet que le choléra soit dû à quelque perturbation sidérale, à l'influence pernicieuse de quelque comète? Sur quelles preuves a-t-on appuyé cette opinion? En chercherons-nous la cause dans quelque altération de l'air? Certes, cette hypothèse était excusable, mais l'inexorable analyse chimique a démontré que partout l'air avait les mêmes proportions dans ses éléments constituants, qu'il fût recueilli sur les lieux élevés, sur des lieux bas, dans les salles de cholériques même. Accuserons-nous les émanations que l'on a prétendu sortir du sein de la terre? Qui les a vues? Qui les a senties? Admettrons-nous cette prétendue altération des céréales? Il est manifestement prouvé qu'elle n'a pas existé. Et les animalcules auxquels on a fait jouer un si grand rôle, devons-nous en parler? Devons-nous faire mention de tant d'autres hypothèses, de tant d'autres opinions bizarres, ridicules quelquefois, qui ont été soutenues avec des chances diverses? Constatons seulement que rien de tout cela n'a été prouvé et que la véritable cause du choléra est encore à chercher.

Reste la grande question de la contagion, qui a été souvent et longuement débattue, et pour laquelle il est arrivé ce qui arrive toujours dans les questions de cette nature, que les contagionistes et les non-contagionistes sont restés chacun avec leurs opinions.

Observons d'abord que le choléra diffère essentiellement de toutes les autres maladies contagieuses : il n'existe pas de virus comme dans la syphilis; les tentatives d'inoculation faites sur le pus, le sang, la matière des vomissements et des déjections alvines, sur les sueurs, sur l'haleine froide des cholériques, ont été infructueuses; ainsi point d'inoculation, ce qui le distingue du vaccin, de la scarlatine et de la rougeole ; le lait même des nourrices a été impunément sucé par les enfants, nulle part il n'a été possible de constater et de suivre les effets du contact comme dans le typhus ou la peste. Ainsi donc, si le choléra est contagieux, il l'est d'une tout autre manière que les maladies pour lesquelles la contagion est généralement admise.

Examinons les faits sur lesquels on a fondé l'opinion de la contagion du choléra. On a observé que le mouvement des masses influait sur la production du choléra, et que, par exemple, il s'était montré en Pologne après que l'armée russe y eut pénétré. De cette circonstance, et de quelques autres analogues, on a conclu à l'existence de la contagion, et l'on a soutenu qu'il s'était transmis par cette voie. On peut interpréter ces faits plus raisonnablement, en admettant, comme nous l'avons déjà fait, que sous l'influence de la constitution épidémique, les grands rassemblements d'hommes et l'encombrement favorisent le développement du choléra.

On a allégué, en faveur de la contagion, quelques faits d'isolement complet de certaines localités où, à la faveur de cet isolement, le choléra n'a pas pénétré; ces faits, fussent-ils exacts, ne prouveraient absolument rien, car beaucoup d'autres endroits où cet isolement n'a pas existé, où aucune communication n'a été interrompue, ont été épargnés, et dans d'autres pays la surveillance la plus rigoureuse, les mesures les plus sévères, la cessation la plus complète de rapports avec les pays en proie à l'épidémie, n'ont pas empêché l'introduction du choléra.

Remarquons d'ailleurs que nulle part on n'a observé que les individus qui avaient les rapports les plus fréquents avec les cholériques aient été plus frappés que d'autres par l'épidémie. Certes, la mortalité aurait dû être effroyable chez les médecins, les sœurs d'hôpitaux, les infirmiers, etc., et cependant cela n'a pas eu lieu. Dire que le choléra est contagieux parce que dans une maison il fera plusieurs victimes, parce que dans une salle d'hôpital il frappera plusieurs individus, parce que dans certaines circonstances, on l'aura vu se manifester de maison en maison, de rue en rue, c'est tirer des conséquences peu rigoureuses de faits que l'on peut interpréter sans avoir recours à la contagion. Admettre que sous l'influence de l'épidémie, le choléra se développe chez les individus qui sont dans des circonstances nécessaires à sa production, circonstances toutes secondaires, et qu'il est impossible, dans la plupart des cas, d'apprécier, voilà à quoi l'on doit se borner si l'on ne veut se jeter dans le champ des conjectures, si l'on veut faire preuve d'un jugement rigoureux.

En résumé, la cause essentielle du choléra est inconnue, et notre ignorance, à ce sujet, est aussi profonde qu'elle l'était avant l'invasion de ce fléau.

Phénomènes précurseurs du choléra. Plus ou moins longtemps avant l'invasion du choléra, on a observé jusqu'ici, surtout dans les grandes villes, que la santé générale avait

été altérée. Cette altération consiste dans un dérangement des fonctions digestives, caractérisé par une diarrhée variable en intensité et que l'on a nommée *cholérine*. Cette affection s'est surtout montrée chez les individus qui, plus tard, ont été frappés de choléra.

Ce n'est pas sur l'homme seul que les effets de la constitution épidémique ont été observés. Des épizooties nombreuses et, jusqu'à un certain point, analogues au choléra, ont prouvé que l'influence de cette épidémie était générale.

Invasion du choléra. Symptômes. Les prodrômes sont souvent nuls. Quand ils existent, les malades se sentent brusquement affaiblis; ils ont des vertiges et des tintiments d'oreille; leur vue se trouble, une pâleur singulière survient, en même temps que des sueurs abondantes, qu'une soif vive, l'inappétence, un gonflement du ventre avec douleur, ainsi qu'à la région lombaire. Peu à peu les déjections alvines et les vomissements commencent, le pouls se ralentit, dès lors la maladie est déclarée, le malade est frappé de choléra.

Pour que la description de la maladie que nous allons tracer se rapporte à l'immense majorité des cas, nous la diviserons en deux périodes bien marquées.

Première période. Que les prodrômes aient ou non existé, les évacuations, sont, au début, extrêmement fréquentes, le malade est atteint d'un malaise général et subit, accompagné quelquefois de syncopes. Quelque temps après des douleurs atroces, connues sous le nom de *crampes*, se manifestent aux membres inférieurs, principalement dans les muscles des mollets; les doigts et les orteils s'étendent, s'écartent spasmodiquement et s'incurvent; le pouls tombe rapidement; le refroidissement, qui d'abord se fait sentir aux pieds et aux mains, gagne la face et se répand bientôt sur tout le corps; la figure s'altère profondément, les traits s'affaissent, les yeux se cavent, le globe de l'œil semble retiré vers le fond de l'orbite; le malade est inquiet, agité, dévoré par une soif ardente. Les évacuations, qui d'abord se composaient des substances contenues dans les voies digestives, ne présentent bientôt plus qu'une matière liquide, blanchâtre, mêlée à des grumeaux épais, et semblables à une décoction de riz ou à du petit lait mal clarifié.

Cependant le refroidissement augmente; les pulsations artérielles ne se font plus sentir, une couleur bleuâtre se répand sur tout le corps : le malade est *cyanosé*. La pulpe des doigts et des orteils présente des rides semblables à celles qu'offrent les individus qui sortent du bain; les traits se décomposent de plus en plus par l'amaigrissement rapide qui est survenu, et la physionomie présente une expression entièrement caractéristique. La conjonctive est pulvérulente, et quelquefois la cornée se plisse et s'affaisse comme sur un œil vide. L'haleine est froide, et l'analyse de l'air expiré, a prouvé qu'il n'était pas décomposé par l'acte de la respiration; la langue est froide aussi et d'un blanc sale; le nez se refroidit, et, chez quelques malades, il tombe en gangrène. Les contractions du cœur se font à peine sentir, l'urine est entièrement supprimée, et les évacuations par haut et par bas continuent abondantes, séreuses et blanchâtres. La voix présente un caractère remarquable et tout à fait particulier, elle est faible, aiguë, *puérile*. L'intelligence, d'ailleurs, reste intacte, et le malade a conscience de tout ce qui se passe autour de lui. Si l'on pince la peau, elle ne revient que lentement sur elle-même, en conservant le pli qu'on lui a fait; la circulation a complétement cessé dans les vaisseaux superficiels. Le malade est dans une prostration profonde, laisse retomber automatiquement ses bras à droite et à gauche, ou bien porte quelquefois ses mains à la poitrine, en demandant de l'air. La respiration est ordinairement ralentie, à moins que le hoquet ne survienne, et alors, après une courte agonie, le malade expire.

Deuxième période. Si le malade échappe à cette première période, qu'on a nommée *période algide*, des phénomènes nouveaux se présentent, de nouveaux dangers se préparent.

Peu à peu la couleur bleue disparaît et la chaleur revient, le pouls se relève, s'anime et la fièvre s'allume. L'œil reprend de l'éclat, les joues se colorent, la langue se nettoie, quelquefois elle se sèche; la soif persiste, une céphalalgie intense se déclare, le ventre est douloureux, les vomissements perdent de leur fréquence, mais les évacuations alvines continuent; la sécrétion de l'urine reprend son cours. Si la maladie doit avoir une terminaison heureuse, tous ces phénomènes disparaissent peu à peu, le visage reprend son expression accoutumée, le besoin de sommeil se fait sentir, les évacuations deviennent de plus en plus rares, les forces et l'appétit reviennent et le malade entre en convalescence.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Quelquefois cette période de réaction s'arrête, et les malades retombent dans l'état algide.

Très-souvent, au début ou dans le cours de la seconde période, on voit survenir tous les signes d'une congestion cérébrale; la céphalalgie augmente, il y a somnolence, quelquefois coma, souvent du délire, soubresauts des tendons, tous les symptômes enfin de l'état ataxique.

D'autres fois, la congestion se porte vers la poitrine ou dans les voies aériennes, et il n'est pas rare de voir le choléra se compliquer de pneumonie, de pleurésie ou de bronchite.

Plus communément, pendant la période de

réaction, la chaleur devient âcre et la peau sèche, la langue se recouvre de fuliginosités, la figure prend un air de stupeur, et tous les autres symptômes d'une fièvre typhoïde se manifestent. On comprend toute la gravité qu'une pareille complication apporte à une maladie déjà si grave.

Enfin, dans quelques circonstances, ce n'est plus vers les organes intérieurs que se porte la congestion, c'est vers la peau qu'apparaissent des éruptions de nature diverse, c'est tantôt la rougeole, tantôt la scarlatine, quelquefois l'urticaire, plus souvent des taches de roséole.

Tels sont, dans l'immense majorité des cas, les désordres fonctionnels auxquels donne lieu le choléra asiatique. Les symptômes de la première période sont les seuls qui caractérisent cette maladie. Dans aucune autre, en effet, on n'observe ces évacuations abondantes et toutes particulières, l'insensibilité du pouls, le refroidissement et la couleur bleue de la peau, la suppression de l'urine, les crampes, cette expression singulière de la face, cet amaigrissement subit, etc.

Parmi ces symptômes y en a-t-il de constants, de pathognomoniques? L'observation ne permet pas de répondre affirmativement, car on voit des cholériques sans évacuations, d'autres sans crampes, d'autres sans refroidissement. Ainsi, dans cette maladie, chaque pas que l'on fait suscite de nouvelles difficultés, fait naître une obscurité nouvelle.

Constatons, en finissant l'exposé des symptômes, que l'analyse chimique a démontré que la matière des vomissements est composée de sérosité, de bile, de salive, des substances ingérées, et qu'elle est plus ou moins acide. Dans les matières des déjections alvines, on retrouve les éléments qui manquent dans le sang, le sérum, le carbonate alcalin et les autres sels.

Nature du choléra asiatique. Si les causes du choléra sont environnées d'obscurités, il en est de même de sa nature, sur laquelle on n'a pu faire que des hypothèses et établir des théories. On peut ranger sous trois divisions principales les opinions relatives à la nature du choléra : 1° altération inflammatoire du tube digestif; 2° lésion de l'appareil circulatoire et respiratoire; 3° empoisonnement miasmatique.

L'opinion qui consiste à regarder le choléra comme une inflammation du tube digestif, est combattue, sans réplique, par l'ouverture des cadavres et par les symptômes. Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, on trouve dans l'appareil digestif des traces d'inflammation. Nous avons déjà dit que c'était une complication qui pouvait survenir aussi souvent que toute autre. D'ailleurs toutes les lésions qui ont été prises pour des traces d'inflammation, ne le sont pas évidemment, et c'est à l'injection, à la stase du sang, que sont dues les apparences de congestion inflammatoire. Si l'on admet que cette congestion, toute mécanique, du canal intestinal, soit une preuve d'inflammation, pourquoi n'admet-on pas que la peau est phlogosée aussi, elle qui est bleue ou violette? Est-il dans la nature des inflammations gastro-intestinales de déterminer le groupe de symptômes que nous avons énumérés? Quoi! une inflammation se traduirait par l'anéantissement du pouls, par le ralentissement de la respiration, par le refroidissement de tout le corps? Et ces crampes si douloureuses faudra-t-il en faire un symptôme de la gastro-entérite? Dans quel cas d'inflammation intestinale a-t-on observé cette altération profonde et si caractéristique de la physionomie des cholériques? Le traitement, cette pierre de touche de toutes les théories, a-t-il confirmé l'opinion de ceux qui rangent le choléra dans la classe des phlegmasies? Tout le monde sait que non, et que les antiphlogistiques n'ont pas été plus heureux que les médications diverses qui ont été préconisées.

Si dans l'opinion que nous venons de combattre, on a fait jouer un trop grand rôle aux symptômes des voies digestives, dans celle qui concentre toute la maladie dans une altération de l'appareil circulatoire ou respiratoire, on les a trop laissés dans l'oubli. Quand vous aurez dit que le choléra est une asphyxie, ou bien qu'il faut tout attribuer à la diminution de l'action du cœur, aurez-vous tout dit? L'asphyxie détermine-t-elle jamais ce phénomène si important des évacuations? La diminution dans l'énergie du cœur a-t-elle jamais produit des crampes?

Assimiler le choléra à un empoisonnement miasmatique par un agent toxique impondérable est certainement la plus raisonnable des hypothèses. Elle a du moins pour elle l'analogie; mais, encore, n'est-ce qu'une hypothèse. L'assimiler à l'empoisonnement miasmatique qui produit les fièvres intermittentes, c'est tomber dans un cercle vicieux; car les miasmes des marais ne sont encore que problématiques, et les investigations les plus minutieuses n'ont pas été jusqu'à les démontrer.

Nous ne dirons rien de tant d'autres hypothèses sur la nature du choléra. Elles n'ont en rien éclairci cette question, environnée de tant de mystères.

Nous n'insisterons pas non plus sur le diagnostic du choléra, car il n'est peut-être pas une autre maladie aussi bien caractérisée par ses symptômes.

Le pronostic doit varier selon l'époque de l'épidémie. Au début, le choléra est presque toujours mortel; cette terminaison fatale di-

minue de proportion avec la durée de l'épidémie, et, vers son déclin, les cas suivis de décès deviennent de plus en plus rares. Remarquons aussi que souvent le choléra diminue d'intensité pendant quelque temps, puis, qu'il arrive une recrudescence dont la durée est variable, recrudescence, qui s'éteint enfin peu à peu et dans un espace de temps qu'il est impossible de fixer.

L'épidémie de choléra asiatique qui vient de ravager le monde est-elle de même nature que les épidémies circonscrites qui ont paru à diverses époques ? Il est certain que l'épidémie de Londres de 1669 dont Sydenham nous a laissé l'histoire, que celles qui ont régné en Suisse et en Saxe pendant le XVIII[e] siècle, celle qui s'est montrée à Cadix à une époque plus rapprochée de nous, il est certain, disons-nous, que toutes ces épidémies ont présenté quelques symptômes semblables à ceux du choléra asiatique. Ainsi les déjections et les vomissements, les crampes, la chute du pouls et le refroidissement se rencontrent dans toutes les descriptions; mais nulle part il n'est fait mention de la cyanose ; c'est un flux bilieux dans le choléra sporadique; c'est, au contraire, une matière blanchâtre qui s'observe dans le choléra asiatique. Ces distinctions suffisent-elles pour admettre deux espèces de choléra? Nous ne le pensons pas, et nous croyons satisfaire toutes les exigences en admettant deux variétés.

Traitement. Les idées diverses que l'on a professées sur la nature et sur les causes du choléra-morbus ont dû avoir beaucoup d'influence sur son traitement; et, en effet, les médications les plus opposées ont été mises en usage. Nous n'avons pas la prétention de les exposer toutes ; ces détails seraient fastidieux et surtout peu utiles. Nous bornant donc à ce que l'expérience nous a appris, nous vous dirons ce que nous croyons être le plus avantageux.

Ignorants que nous sommes sur les causes et la nature de cette affection, nous sommes ici forcés de faire la médecine des symptômes, car il nous est impossible d'attaquer le mal dans sa racine. Il est bien difficile de s'opposer avec succès aux évacuations alvines. Les astringents les plus énergiques échouent presque toujours. Il en est de même pour le vomissement, contre lequel on a employé toutes les ressources de la thérapeutique. Dans ces derniers temps, on a préconisé le nitrate de bismuth associé à la belladone. Les crampes qui fatiguent tant les malades, ont été aussi combattues par les moyens les plus divers. Les frictions d'alcool camphré, faites doucement et sans secousse, sont ce qui nous a paru le plus utile, soit contre ce phénomène morbide, soit pour rappeler la chaleur. De tous les instrument sinventés pour arriver à ce dernier résultat, la machine que M. Petit appliquait le long de la colonne vertébrale est celle qui nous a paru agir avec le plus de succès.

La soif inextinguible qui dévore les malades devra être combattue ou plutôt trompée par des gorgées de boissons à la glace, ou même par de petits fragments de glace que l'on donne à sucer aux malades. Quelquefois on s'est bien trouvé de boissons chaudes et aromatiques; elles ont cependant l'inconvénient d'exciter la soif.

Les bains chauds, l'insufflation de l'oxigène, les sinapismes partiels ou généraux, l'urtication, etc., n'ont eu que des succès éphémères.

MM. Guéneau de Mussy et Biett disent avoir administré le charbon avec succès dans la période algide. Ce dernier observateur le donnait à la dose d'un demi-gros à un gros, d'heure en heure. Il a remarqué que sous l'influence de ce traitement, au bout de quatre heures, la bile reparaissait dans les évacuations.

Lorsque l'état de cyanose cesse, et que la période de réaction commence, empêcher la congestion de se porter sur quelque organe important, telle est l'indication à remplir. Les émissions sanguines doivent tenir ici le premier rang. Si c'est vers les organes digestifs que s'annoncent les symptômes, les sangsues à l'épigastre ou à l'anus, des boissons froides, l'eau de Seltz, des bains tièdes, devront être employés sans retard. Si c'est vers le cerveau, on se trouvera bien d'une saignée générale, de sangsues derrière les oreilles, de révulsifs cutanés. Si le caractère typhoïde prédomine, l'art est bien souvent impuissant, et la conduite à tenir, dans cette circonstance est difficile à préciser.

Parmi les méthodes générales de traitement, la méthode excitante a eu beaucoup de partisans. Elle nous paraît bonne dans la première période, mais nuisible dans la seconde.

L'opium, tant vanté par Sydenham, ne réussit que pour arrêter les diarrhées légères; il est sans aucun succès dans le choléra confirmé.

Les purgatifs et les vomitifs, dont on a fait un grand usage dans l'Inde et en Angleterre, n'ont eu chez nous que des succès contestés.

Enfin l'administration d'un liquide contenant en dissolution des substances salines, soit qu'on l'ingère dans l'estomac, soit qu'on l'injecte dans les veines, paraît avoir des résultats assez heureux pour engager à continuer ces recherches. Nous croyons que les faits confirmatifs de ces succès, ne sont pas encore en assez grand nombre, pour qu'on puisse en tirer une conclusion générale.

Le traitement prophylactique est général ou individuel. Le premier concerne l'administration civile, et ne doit pas nous occuper ici. Disons seulement que, d'après l'immensité des témoignages qui prouve la non contagion du choléra, les quarantaines, les lazarets et toutes les mesures qui apportent quelques restrictions aux rapports commerciaux, sont non-seulement inutiles, mais dangereuses.

Quant au traitement prophylactique individuel, les individus qui se portent bien, et qui suivent ordinairement un bon régime, feront bien de ne pas le changer. Les individus intempérants devront modifier leurs habitudes, et ceux qui sont affectés de maladies aiguës ou chroniques des voies digestives, devront redoubler de soins pour s'en débarrasser.

Résumé. Caractères anatomiques, insuffisants; *causes,* mystérieuses; *nature,* hypothétique; *symptômes,* caractéristiques; *diagnostic,* facile; *traitement,* douteux.

2e *Genre.* Diminution des sécrétions liquides.

DE LA CONSTIPATION.

Il y a constipation, quand chez un individu les évacuations alvines sont rares, et les matières fécales dures et difficilement rendues.

Deux cas se présentent à examiner : il peut y avoir constipation sans qu'aucun obstacle au cours des matières existe; il peut y avoir obstacle, soit que les matières elles-mêmes obturent l'intestin, soit que l'obstacle provienne d'un corps extérieur.

1er *Cas.* Il constitue un état habituel chez certains individus, une véritable maladie liée le plus souvent à une phlegmasie chronique de l'intestin.

On a pensé que cette constipation était produite chez les vieillards par la diminution de contractilité des fibres musculaires, par la diminution des sécrétions muqueuse et biliaire. Le tempérament bilieux, les travaux de cabinet, les chagrins sont autant de causes de constipation.

L'emploi modéré de quelques laxatifs et un régime convenable la font assez facilement disparaître.

2e *Cas.* Obstacle au cours des matières causé par elles-mêmes. On doit s'appuyer, pour reconnaître ce cas, sur quatre moyens d'investigation.

Par le palper, on sent que le ventre est développé; si l'on promène la main sur l'abdomen, on constate bientôt que le colon est rempli, on en dessine le trajet qui se dessine parfaitement à travers la peau, et cet examen peut faire constater la présence de tumeurs plus ou moins considérables, fugaces, mobiles, échappant sous les doigts et occupant différents points de l'étendue du colon. Fréquemment, par suite des tiraillements qu'elles exercent, on voit le colon transverse ne plus occuper sa place habituelle.

Elles se forment lentement ou rapidement. Leur diagnostic n'est pas toujours aussi facile que nous venons de le dire. On les a prises pour des tumeurs de diverses natures.

Ces tumeurs peuvent être formées en partie par des corps étrangers qui en occupent le centre, comme des substances salines, des calculs sortis des voies biliaires, des noyaux, des fragments d'os, etc. On conçoit que ces obstacles seront d'autant plus efficaces qu'ils rencontreront d'anciennes brides, des étranglements, etc.

Par la vue, on reconnaît la plupart des signes fournis par le palper.

Par la percussion, on perçoit un son mat dans quelques points de l'abdomen, principalement sur les tumeurs, et même sur tout le trajet du colon; dans d'autres points une sonoréité remarquable due à la présence des gaz qui ne peuvent s'échapper.

Par le toucher qu'on pratique au rectum seulement, on touche les matières fécales qui forment bouchon à cet endroit.

Symptômes. Le premier accident causé par ces tumeurs stercorales est l'absence des selles pendant un temps plus ou moins long. La constipation peut entraîner des symptômes de péritonite, annoncée par une douleur que la pression augmente. Cette douleur peut d'abord être sourde et ne consister qu'en une simple gêne, bientôt elle s'exaspère et elle peut prendre tout à coup le caractère le plus aigu.

L'accumulation de ces matières fécales donne lieu aux accidents ordinaires de l'étranglement interne ou externe; ce sont des nausées, des vomissements, le météorisme, la gangrène et la rupture des intestins.

Elle peut déterminer un mouvement fébrile intense, et quand l'oblitération est complète et de longue durée, des accidents cérébraux ne tardent pas à paraître.

Tels sont les symptômes les plus ordinaires; on en a observé de plus rares, tels que des douleurs sciatiques comme le rapporte M. Fleury, de l'œdème dans les membres inférieurs par suite de la compression des gros troncs veineux, des hémorrhoïdes, etc.

Ces accidents peuvent être de courte durée, soit que la guérison, soit que la mort en soient la terminaison. On les a vus se prolonger pendant deux ans.

Traitement. Il doit être entièrement dirigé dans le but de favoriser la sortie des matières. Dans les cas simples, on commencera par l'eau de Sedlitz, d'huile de ricin; dans les cas graves, on administrera tous les jours une ou deux gouttes d'huile de croton tiglium. On emploie très-souvent la marmelade de Tronchin à la dose de une à deux cuillerées par jour. On prescrit avec avantage l'eau magné-

sienne saturée, les pilules d'aloës, celles d'Anderson, les douches ascendantes. Enfin, il faut avoir recours à la curette ou plus simplement à l'introduction du doigt.

Les obstacles au cours des matières peuvent aussi provenir d'une anse d'intestin invaginée dans un pli de l'épiploon, et ce cas est mortel. Ils peuvent dépendre d'une bride accidentelle, d'une disposition anormale de l'intestin, d'un diverticule entortillant l'intestin, d'invagination, etc., cas dans lesquels les secours de l'art sont presque toujours infructueux.

2e Ordre. — Altérations des sécrétions gazeuses.

De la Tympanite.

La sécrétion des gaz qui s'opère normalement dans les intestins peut, dans certaines circonstances, éprouver une augmentation considérable. Nous avons déjà vu que dans la fièvre typhoïde le météorisme était un accident très-fréquent. La sécrétion d'une grande quantité de gaz n'est pas toujours liée à une altération intestinale. Plusieurs fois on ne l'a pas observée dans les ulcérations de l'intestin, et plusieurs fois aussi elle a existé sans ulcérations. Les émotions morales ont quelquefois pour effet une sécrétion abondante de gaz; certaines maladies nerveuses, l'hystérie, par exemple, produisent le même résultat. La réaction chimique de certaines substances alimentaires est une cause de tympanite. Elle est très-fréquente chez les herbivores qui se nourrissent de luzerne fraîche. Certains légumes, comme les haricots, les lentilles, etc., déterminent aussi chez l'homme une quantité considérable de gaz. Enfin la tympanite survient aussi sans qu'on puisse lui assigner aucune cause, si ce n'est un défaut de tonicité dans la muqueuse intestinale.

C'est surtout dans le colon que s'accumulent les gaz. La distension qu'ils occasionnent est souvent assez forte pour refouler en haut le diaphragme et produire une dyspnée que l'on pourrait confondre avec celle qui résulte d'une inflammation du poumon. Quelquefois la douleur qu'ils causent est assez vive pour qu'on puisse croire à une irritation des intestins ou du péritoine. Cependant le volume de l'abdomen, la sonoréité qu'il présente à la percussion suffiront, dans la plupart des cas, pour éclairer le diagnostic.

Cette affection ne peut pas être combattue toujours par les mêmes moyens. On conçoit que donner de prétendus carminatifs dans tous les cas, serait une chose absurde. Quand on ne peut rapporter la production de gaz à aucune altération du tube intestinal, on administre des stimulants aromatiques, comme l'infusion d'anis, de coriandre, de menthe, d'angélique ou de camomille. Si elle reconnaît pour cause un défaut de tonicité de la muqueuse intestinale, on lui opposera les toniques et un régime approprié. Si elle est liée à quelque maladie nerveuse, ou si elle est survenue après une émotion morale, les antiphlogistiques seront utiles. Les lavements d'eau de chaux, ou d'eau très-froide, les frictions sur l'abdomen produisent quelquefois d'heureux résultats. Enfin, dans certaines circonstances, on s'est bien trouvé de l'emploi des purgatifs salins ou de l'huile de ricin.

3e Ordre. — Matières étrangères existant dans l'intestin.

Concrétions intestinales.

Les concrétions intestinales offrent deux grandes différences dans leur mode de production. Elles peuvent provenir de l'intérieur, prendre naissance dans l'intestin même et y séjourner; venir du foie, du pancréas, de la vessie, d'un kyste développé dans un des organes de l'abdomen; ou bien elles peuvent venir du dehors par des corps étrangers avalés et devenus le centre d'un noyau, comme des os, des épingles, la matière inaltérable du pain d'avoine formée en grande partie de ligneux, l'abus de la magnésie.

Leur présence dans les intestins peut être de longue durée sans donner lieu à aucun accident; mais il n'en est pas toujours ainsi, et elles peuvent déterminer l'inflammation des intestins, l'accumulation des matières fécales et tous les accidents qui ont été déjà énumérés.

ENTOZOAIRES DU TUBE DIGESTIF.

Les entozoaires du tube digestif de l'homme sont de quatre espèces : l'*ascaride lombricoïde*, l'*oxyure*, le *tricocéphale* et le *tœnia*. Leurs caractères anatomiques se trouvent décrits dans tous les ouvrages d'histoire naturelle et dans les ouvrages spéciaux d'helmintologie; nous ne devons nous occuper ici que de leur siége, de leurs causes, des symptômes qu'ils produisent et du traitement qu'on doit leur opposer.

Siége. L'ascaride lombricoïde réside ordinairement dans l'intestin grêle. On le rencontre aussi, mais rarement, dans le gros intestin, dans l'estomac, dans l'œsophage et le pharynx.

L'oxyure se rencontre presque exclusivement dans le rectum. On l'y trouve quelquefois par milliers, surtout chez les enfants.

Le tricocéphale réside principalement dans le cœcum. Comme pour l'ascaride, il y en a ordinairement plusieurs, et c'est principalement dans l'enfance qu'on le rencontre.

Le tœnia habite l'intestin grêle; quelquefois on l'a trouvé dans l'estomac. Il peut en exister plusieurs sur le même individu. Il est plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant.

Causes. Quelle que soit la cause première de la production de vers intestinaux, cause

première qui échappe à tous nos moyens d'investigation, étudions les causes éloignées sous l'influence desquelles cette production a lieu.

On ne peut révoquer en doute l'influence d'un climat froid et humide sur la production des vers. La Hollande et la Suisse, où abondent les vers intestinaux, témoignent hautement de cette influence. Il est d'observation aussi que les vers sont plus fréquents dans les années humides.

Les aliments d'une certaine nature déternent aussi la production des vers. Dans certains pays les enfants sont endémiquement atteints de maladies vermineuses parce qu'ils sont nourris avec des farineux, des fruits, des aliments de mauvaise qualité. La trop grande quantité d'aliments influe aussi beaucoup sur la production des vers. On a accusé certains aliments en particulier, tels que le lait, le beurre, le fromage, les substances végétales en général, de favoriser cette production. Il faut tenir compte en toutes circonstances, du climat, de l'habitation, de la constitution et de l'énergie digestive des individus qui présentent des vers intestinaux.

On a observé assez fréquemment des épidémies vermineuses.

Quant à l'influence des âges, il est incontestable que l'enfance y est beaucoup plus sujette que toutes les autres périodes de la vie. Observons que l'on trouve très-rarement des vers, de la naissance à six mois; que de six mois à un an, on en trouve un peu plus, et que de cette époque à cinq ans on les trouve de plus en plus fréquents. Il n'est pas rare de voir la production de tubercules coïncider avec la production de vers; cela a lieu surtout pour l'ascaride.

Symptômes. La présence des vers dans le canal intestinal coïncidant fréquemment avec des altérations diverses de ce canal, on lui a rapporté dans plusieurs circonstances, les lésions fonctionnelles qu'on avait observées pendant la vie. Sans nier que les vers puissent donner lieu à des phénomènes morbides, nous pensons que dans la plupart des cas où des lésions organiques ont été manifestes, la présence des vers n'était qu'une coïncidence, et que c'est à ces altérations que l'on doit rapporter les désordres fonctionnels.

Quoi qu'il en soit, voici les caractères symptomatiques que l'on attribue à la présence des vers. Du côté des voies digestives, mauvaise odeur de la bouche; défaut d'appétit, ou appétit bizarre; nausées, vomissements, coliques plus ou moins violentes. Du côté des autres organes, pâleur ou teint plombé de la face, bouffées de chaleur et de rougeur; yeux ternes, pupilles dilatées, démangeaison aux narines, urines lactescentes, amaigrissement plus ou moins prononcé; grincement de dents pendant le sommeil, convulsions, quelquefois délire.

Remarquons que la plupart de ces symptômes n'existent pas toujours et que le diagnostic de l'affection vermineuse est extrêmement obscur dans l'immense majorité des cas. La circonstance de la présence de vers ou de fragments de vers dans les selles peut seule donner une certitude.

Diagnostic différentiel. L'ascaride lombricoïde est le ver à la présence duquel on a attribué les symptômes que nous venons d'énumérer.

L'oxyure donne lieu à des démangeaisons insupportables, quelquefois à de vives douleurs à l'extrémité inférieure du rectum.

Les tricocéphales ne paraissent donner lieu à aucun symptôme.

Le *tœnia* est celui dont le diagnostic est le plus facile parce qu'on en trouve, dans la plupart des cas, des fragments dans les évacuations alvines. Sa présence dans les intestins produit les phénomènes les plus variés; il n'y en a même pas qu'il ne puisse produire (1). On l'a vu coïncider avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, et quelquefois ces maladies disparaissent avec le tœnia.

Traitement. Le nombre des anthelmintiques est vraiment prodigieux; chaque pays, pour ainsi dire, possède le sien, chaque praticien a une préférence pour tel ou tel. Il y a deux indications à remplir dans le traitement des vers intestinaux; détruire, s'il se peut, les conditions climatériques ou organiques sous l'influence desquelles la production vermi-

(1) Je garderai longtemps le souvenir du premier cas de tœnia qui s'est présenté à mon observation. C'était à la Salpêtrière, pendant l'hiver de 1830, où M. Rostan se livrait, malgré la rigueur inaccoutumée de la saison, à l'instruction des élèves, avec un zèle et un dévouement qui ont été depuis dignement et justement récompensés. Une femme, atteinte de tœnia, était couchée dans une des salles; le professeur seul était dans le secret. L'exercice clinique commence. Le cortége de symptômes que la malade présentait, était si compliqué, que nous, pauvres commençants, étions dans un embarras extrême pour asseoir nôtre diagnostic. L'un annonçait une gastrite, l'autre une gastro-entérite; celui-ci une hépatite, celui-là une splénite; quelques-uns un cancer intestinal; il y en eut un même qui accusa fièrement l'existence d'une altération dans la portion droite du duodénum. Enfin, nous nous perdions tous dans l'immense champ des conjectures. Le professeur riait de notre embarras, quand l'un de nous s'avisa de demander à la malade si elle n'avait jamais rendu de vers. Sur sa réponse affirmative et sur la description qu'elle nous fit, il y eut unanimité cette fois pour diagnostiquer la présence du tœnia. Elle le rendit en effet, quelques jours après, sous l'influence de l'écorce de la racine de grenadier.

Si j'ai cité ce fait, c'est pour engager le jeune praticien à se tenir sur ses gardes dans des cas semblables, et à ne jamais manquer de s'informer de l'état antécédent des évacuations alvines. Cette simple information lèvera souvent bien des difficultés. A.L

neuse a lieu ; expulser les vers contenus dans le tube digestif.

On conçoit qu'il ne doit pas être toujours facile de remplir la première indication, pour ce qui concerne les influences du climat ; soustraire les malades à l'action d'une température froide et humide, assainir leurs habitations autant que possible, seront choses très-utiles quand elles seront possibles. Quant au régime alimentaire, il faudra prescrire une nourriture animale et excitante.

La présence des vers une fois constatée, les moyens curatifs varient suivant l'espèce qu'on a à combattre.

Pour l'ascaride lombricoïde, on emploie la racine de fougère mâle, à la dose de deux gros, plus ou moins, selon l'âge et la constitution des malades, la mousse de Corse infusée ou en poudre, en pastilles ou en biscuits, depuis un scrupule jusqu'à deux gros ; le *semen contra,* à la dose de 6 à 20 grains en poudre, en ayant soin d'employer des graines récemment pulvérisées.

Le tricocéphale ne reconnaît pas de traitement particulier.

Quant à l'oxyure, M. Cruveilhier s'est très-bien trouvé, dans quelques circonstances où la présence de ces vers déterminait une vive douleur à la partie inférieure du rectum, de faire des onctions avec l'onguent mercuriel.

Le traitement du tœnia a été de tout temps livré à l'empirisme ; le nombre des spécifiques contre cet entozoaire est immense, et leur énumération seule tiendrait ici trop de place. Tous ces traitements divers sont fort peu usités depuis que l'on a employé, avec succès, l'écorce de racine de grenadier. Ce spécifique, qui est employé dans l'Inde dès la plus haute antiquité, s'administre de la manière suivante : on prend deux onces de cette racine concassée, que l'on fait bouillir dans deux pintes d'eau, jusqu'à réduction d'une livre. La décoction qui en résulte doit être prise en trois doses, de demi-heure en demi heure. Ce médicament détermine quelquefois des nausées et des vomissements ; on ne doit pas s'arrêter à ces accidents si l'on a la certitude de la présence du tœnia. Le lendemain on prescrira un purgatif doux, comme l'huile de ricin, et si le ver n'était rendu que par fragments, on pourrait doubler la dose de racines de grenadier, jusqu'à ce qu'il fût entièrement expulsé.

Il paraît que l'écorce de grenadier jouit de propriétés d'autant plus énergiques qu'elle est plus fraîche (1).

(1) Feu M. Darbon, docteur en médecine, administrait un médicament qui n'a jamais manqué son effet. Des expériences publiques ont été faites dans les hôpitaux de Paris, et notamment à la Charité, par M. Louis qui a constaté l'efficacité de ce remède et qui a publié, à ce sujet, un mémoire inséré dans les *Archives de Médecine,* t. VI, 1824.

J'ai vu chez madame veuve Darbon, une collection extrêmement nombreuse de tœnias, tous expulsés par ce médicament dont la formule est restée secrète.
A. L.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION DE LA PARTIE SOUS DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

1er Ordre. — HYPERTROPHIE DES PAROIS GASTRO-INTESTINALES.

2e Ordre. — ATROPHIE.

(Voyez pour la description anatomique de ces deux lésions le *Précis d'Anatomie pathologique.*)

3e Ordre. — RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

(Voyez les caractères anatomiques dans l'ouvrage cité).

Causes. La plus commune est le travail inflammatoire, qui agit en raison de son intensité et de sa durée. Néanmoins le ramollissement peut exister indépendamment de toute inflammation. Ainsi, par exemple, il a été prouvé qu'en sacrifiant des animaux pendant la digestion, on trouvait la membrane muqueuse de l'estomac ramollie, et l'estomac quelquefois perforé. Hunter, M. Camerer, etc., ont fait des expériences semblables et ont attribué ce ramollissement à une véritable *digestion de l'estomac,* par le suc gastrique qui, sans action pendant la vie, corrode après la mort les tuniques de l'estomac, et agit sur elles comme sur les aliments (2).

(2) Hunter, M. Camerer, en Allemagne, M. Carswell, en Angleterre, ont soutenu cette opinion, et ce dernier surtout, dans un Mémoire remarquable inséré dans le *Journal hebdomadaire,* 1830, semblait avoir définitivement jugé cette question. M. Cruveilhier, qui, en 1821, avait déjà combattu cette doctrine, en publiant (*Médecine pratique éclairée par l'anatomie pathologique*) un grand nombre d'observations de ramollissement gélatiniforme de l'estomac, dû, selon lui, à une toute autre cause, a insisté de nouveau sur les caractères anatomiques et symptomatiques qui différencient cette affection, et a émis cette proposition (*Anatomie pathologique,* 10e livraison) : 1° qu'il est presque toujours possible de diagnostiquer le ramollissement gélatiniforme avec ou sans perforation de l'estomac ; 2° qu'il est souvent possible de l'arrêter dans sa marche désorganisatrice.

Voici les symptômes qu'il assigne à cette affection : vomissements muqueux ou bilieux, soif ardente, insatiable, tout à fait caractéristique ; amaigrissement très-rapide, quelquefois en douze heures ; prostration extrême ; face décomposée et décolorée ; assoupissement léger, interrompu par des cris plaintifs et des contorsions ; mauvaise humeur que rien n'égale ; pouls lent et irrégulier ; froid des extrémités, telle est la réunion des signes les plus propres à différencier le ramollissement gélatiniforme.

Diète lactée, bains longtemps prolongés, opium sagement administré ; tels sont les moyens curatifs. Les antipalogistiques et les dérivatifs affaiblissent le malade, sans diminuer la maladie. A. L.

Symptômes. La ramollissement qui survient pendant la vie s'annonce par de l'inappétence, de l'anorexie; la soif est tantôt nulle, tantôt vive; il y a des nausées, des vomissements; les malades éprouvent une douleur épigastrique variable en intensité et qui n'est souvent qu'un simple sentiment de gêne, de barre, de pesanteur et de chaleur; elle augmente par la pression et par l'ingestion des aliments; elle est d'ailleurs en rapport avec la fréquence des nausées et des vomissements. La langue peut se montrer sous les états les plus variés, la fièvre peut être nulle ou forte; il y a peu de phénomènes sympathiques. Il peut être aigu ou chronique; amener rapidement la mort, ou n'arriver à cette terminaison funeste qu'après un temps plus ou moins long.

4e Ordre. — LÉSIONS DE CONFORMATION CONGÉNIALE.

(Nous renvoyons encore ici au *Précis d'Anatomie pathologique.*)

IVe CLASSE. — PRODUCTIONS MORBIDES DÉVELOPPÉES DANS LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

Lipômes. Il n'est pas très-rare de voir se développer de véritables lipômes dans les parois des intestins. Ils n'y causent aucun trouble.

Plaques cartilagineuses. Quelquefois aussi on y trouve des plaques cartilagineuses.

Tubercules. Leur siége de prédilection est la fin de l'intestin grêle. Ils sont rares dans l'estomac et dans le gros intestin. On les trouve soit dans le tissu cellulaire sous-muqueux, soit dans la membrane musculaire, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ils forment une petite tumeur blanchâtre, d'un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Leur nombre est aussi très-variable, quelquefois on n'en trouve qu'un ou deux, tantôt une quantité considérable. On les observe surtout autour ou au fond d'ulcérations qui ont succédé à la suppuration d'autres tubercules. La membrane muqueuse autour des tubercules est tantôt saine, tantôt altérée.

Les tubercules peuvent exister dans l'intestin, sans donner lieu à aucun symptôme qui révèle leur existence. Quelquefois au contraire ils en déterminent de semblables à ceux de l'entérite chronique. Il faut remarquer d'ailleurs, que les tubercules intestinaux ne constituent jamais une lésion isolée, et que, d'après les belles recherches de M. Louis, ils coïncident toujours avec des tubercules pulmonaires (1).

(1) Nous réservons les remarques importantes que suscite la question des tubercules intestinaux pour l'article de la phthisie pulmonaire où ce sujet sera amplement traité. L. A.

Dans quelques cas rares, on a trouvé une matière colorante noire, déposée dans le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-péritonéal, qui tantôt était uniformément étendue, tantôt formait sur plusieurs points de petites tumeurs à saillie plus ou moins considérable. Cette matière était la mélanose.

Cancer du tube digestif. Nous devons étudier séparément le cancer de l'estomac et celui des intestins. Mais comme leurs caractères anatomiques sont communs, nous allons les réunir dans une description commune.

Caractères anatomiques. Comme tous les autres cancers, celui du tube digestif peut être constitué par le tissu squirrheux ou par la matière encéphaloïde.

Parmi les éléments anatomiques des parois digestives le cancer affecte spécialement le tissu cellulaire. C'est lui qui jouit surtout de ce fatal privilége; aussi est-ce dans le tissu cellulaire sous-muqueux, sous-péritonéal ou sous-musculeux que l'on rencontre le plus ordinairement le cancer. Il donne lieu à des tumeurs qui font saillie soit en dehors soit en dedans des intestins, tumeurs qui s'opposent au cours des matières contenues dans le tube digestif.

La membrane séreuse participe rarement à la dégénération cancéreuse, et quand elle s'affecte, c'est toujours consécutivement.

La tunique musculaire peut se présenter à l'état complétement normal. Elle peut être séparée en véritables lobules par le cancer du tissu cellulaire qui jette ses ramifications au milieu des faisceaux charnus. Par la pression que le cancer exerce, elle peut l'atrophier à mesure que le tissu cellulaire gagne en épaisseur, et disparaître entièrement sans participer à la dégénération cancéreuse.

La membrane muqueuse reste souvent intacte au-dessus de la tumeur; quelquefois elle présente les caractères d'une inflammation chronique, et il arrive un moment où elle s'ulcère et laisse paraître à nu le tissu cancéreux; dans d'autres circonstances le cancer commence par la membrane muqueuse elle-même qui se couvre de végétations.

Quel que soit son siége, sa terminaison est la même : c'est l'ulcération. Elle s'étend de plus en plus et finit par perforer les parois sur lesquelles elle siége, et alors s'établit une communication avec le péritoine si la perforation a lieu à l'intérieur, et une fistule à l'extérieur, si c'est vers les tuniques externes. C'est dans ces cas de perforation qu'on voit des organes tels que la rate, le foie, etc., venir adhérer aux bords de la plaie et tapisser le fond de l'ouverture.

Les artères de l'estomac peuvent s'ouvrir au fond d'une ulcération cancéreuse et déterminer des hémorrhagies plus ou moins graves.

Les nerfs restent inaltérables au milieu de

ces désorganisations, bien que certains auteurs prétendent avoir rencontré les cordons de la huitième paire ramollis.

Cancer de l'estomac. Le cancer de l'estomac se montre presque toujours au pylore, soit qu'il affecte l'anneau pylorique lui-même, soit les parties contiguës, soit les deux à la fois. Il peut occuper, mais beaucoup plus rarement, le cardia, la face antérieure et postérieure de l'estomac, et bien plus rarement encore la grande courbure; de sorte que relativement au siége, l'ordre de fréquence du cancer de l'estomac peut s'établir ainsi: portion pylorique, anneau pylorique, les deux faces de l'estomac, le cardia, le grand cul-de-sac.

Causes. Elles sont souvent inconnues; les hommes les plus sobres comme ceux qui se sont adonnés aux excès de la table peuvent en être frappés. Une cause très-fréquente et incontestable du cancer de l'estomac, c'est l'habitude de boire de l'eau-de-vie à jeun. Dans la production de cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, on fait jouer un grand rôle aux perturbations de l'innervation, aux passions tristes, aux émotions morales, aux névroses de l'estomac. Ce qui est réellement observé, c'est qu'il n'est pas rare de voir des cancers de l'estomac succéder aux symptômes d'une gastralgie.

L'hérédité de cette affection ne peut être mise en doute.

Cette affection est à son maximum de fréquence de 36 à 56 ans.

Symptômes. L'existence de cette lésion occasionne toutes les nuances et toutes les variétés de douleur que nous avons décrites dans la gastrite chronique. Le plus ordinairement les malades éprouvent une douleur lancinante à la région épigastrique, mais ce symptôme n'est pas constant; quelques malades n'éprouvent qu'un sentiment de pesanteur pendant la digestion; d'autres ressentent des crampes d'estomac.

La dyspepsie est constante, mais à des degrés divers; les malades sont tourmentés par des rapports et par des éructations acides.

Le vomissement est un phénomène fréquent, mais qui n'apparaît pas nécessairement dans tous les cas de cancer. Il peut être intermittent, et revenir tous les jours. Les matières vomies sont d'ailleurs variables, elles sont constituées tantôt par de simples mucosités, tantôt par des aliments rendus sur-le-champ après leur ingestion, ou quelques jours après; ce peut être par du sang ayant conservé ses caractères physiques, ou plus ou moins altéré par son séjour dans l'estomac et se présentant alors noir ou d'une couleur chocolat.

La soif est souvent nulle.

Dans un grand nombre de cas, le palper n'apprend rien, et cela arrive surtout lorsque la tumeur se développe de dehors en dedans de l'estomac. Si on perçoit la sensation d'une tumeur, elle pourra être mobile et ne pas être retrouvée toutes les fois qu'on la cherchera, ce qui dépend du changement de volume de l'estomac et des rapports variables du colon. Les signes que fournit la percussion ne sont pas caractéristiques.

Dans certains cas d'oblitération de l'orifice pylorique, l'estomac se dessine derrière les parois abdominales amincies; les mains peuvent l'étreindre et le circonscrire, et en imprimant des secousses au malade, on peut, l'oreille appliquée sur la région précordiale, percevoir du gargouillement.

Dans la plupart des cas, la langue conserve son état normal, elle est large, pâle et humide.

Le plus ordinairement il y a constipation.

Les troubles de la circulation et des sécrétions ne sont pas constants; quelquefois vers la dernière période de la maladie il peut se déclarer une ascite due probablement à un commencement de péritonite.

Dans les premiers temps la nutrition n'est nullement altérée.

Il n'en est pas de même souvent de l'innervation, et dans un grand nombre de cas, c'est au cancer de l'estomac que les hypocondriaques doivent leur malheureuse disposition d'esprit.

Tous ces symptômes d'ailleurs seront variables selon le siége et l'étendue de la lésion, selon que la muqueuse participera ou non à l'affection, selon qu'il y aura diathèse cancéreuse, selon les prédispositions individuelles.

Marche. Cette maladie est surtout remarquable par les rémissions qu'elle présente, pendant lesquelles les malades jouissent d'une bonne santé; il n'est pas rare d'en voir qui portent un cancer de l'estomac pendant un grand nombre d'années. Quelquefois cette affection revêt le caractère aigu.

Traitement. — Préservatif. Ne négligez pas de surveiller les suites d'une gastrite aiguë ou chronique. — *Palliatif.* Employez les narcotiques contre la douleur, les préparations de magnésie contre les éructations acides; faites cesser la constipation, car il est d'observation qu'un peu de diarrhée peut amender la maladie. — *Curatif.* Existe-t-il? Quelques médecins ont pensé qu'une application prolongée de moxas et de sétons à l'épigastre, pouvait amener la guérison du cancer de l'estomac. Il est plus que douteux que cette prétention se soit jamais réalisée. Dans un cancer confirmé, on peut employer la ciguë, l'iode, les préparations mercurielles.

Cancer du duodénum. Il est très-rare; ses symptômes sont obscurs, et se confondent avec ceux du cancer de l'estomac.

Cancer de l'intestin grêle et du colon. Les caractères anatomiques de ce cancer, sont les mêmes que ceux de l'estomac.

Causes. Obscures : survient souvent sans causes connues, et, comme pour le cancer de l'estomac, il n'est pas possible d'admettre pour celui-ci l'influence d'une perturbation nerveuse.

Symptômes. Le symptôme prédominant est encore la douleur, qui varie depuis un simple sentiment de gêne jusqu'à une douleur vive continue ou revenant par intervalles. Elle s'exaspère de temps en temps tantôt sans cause appréciable, tantôt par suite de quelque écart de régime, et surtout par suite de la constipation. A mesure que la douleur se prolonge et que la constipation dure, le ventre se ballonne, des nausées, des vomissements surviennent, tous les phénomènes de l'étranglement surviennent et cessent aussitôt que le malade va à la selle ; cette cessation peut être spontanée, si les selles se rétablissent tout à coup. Ces accidents d'étranglement se montrent à plusieurs reprises pendant la durée du cancer de l'intestin ; ils mettent plusieurs fois la vie du malade en danger, et il arrive enfin un moment où ils persistent et où ils se terminent par la mort.

Les phénomènes généraux sont semblables à ceux du cancer de l'estomac, et se produisent encore avec plus de lenteur.

Dans certains cas le palper ne fournit aucun signe ; dans d'autres, il fait percevoir dans un point quelconque de l'abdomen, un certain degré de résistance, quelquefois une tumeur formée par le cancer.

Terminaison. Comme nous l'avons déjà dit, les malades peuvent succomber au milieu de la crise produite par l'étranglement ; une terminaison funeste peut arriver aussi avec tous les signes d'une entérite aiguë, survenue autour du point cancéreux ; une péritonite aiguë peut survenir et enlever les malades ; ils peuvent enfin être entraînés au tombeau par un dépérissement progressif.

Traitement palliatif. Ici les règles d'hygiène occupent le premier rang ; il faut prescrire des aliments qui laissent peu de résidu et qui ne laissent point passer au delà du rétrécissement des matières non chylifiées. On évitera avec soin les excès d'alimentation, car une indigestion peut être mortelle ; on choisira de préférence des aliments légèrement laxatifs. On pourra appliquer quelques exutoires sur l'estomac. Les narcotiques sont souvent employés, mais je crois que leur usage doit être proscrit, car ils sont astringents et causent la constipation. On devra prescrire de temps en temps quelques laxatifs.

Les accidents d'étranglement seront combattus par des lavements froids, l'administration de la glace par la bouche, par de doux purgatifs.

Cancer du rectum. Ses caractères anatomiques sont les mêmes que ceux des précédents, le siége seul diffère. Il peut occuper la marge de l'anus, mais ordinairement c'est à un pouce ou deux au-dessus de la marge de l'anus qu'il réside; il peut aussi atteindre tous les points de la longueur du rectum.

Causes. Comme pour tous les cancers, il faut admettre pour celui-ci des causes prédisposantes dans l'individu lui-même. Quant aux causes occasionnelles, il faut reconnaître que des hémorrhoïdes négligées, irritées, volumineuses, inconsidérément traitées par des réfrigérants ou des répercussifs, les affections syphilitiques de cette partie, toute irritation agissant longtemps sur cet organe, le prolapsus du rectum négligé, etc., sont des causes puissantes du cancer de cet organe.

Symptômes. La douleur siége à des points variables; souvent le cancer du rectum ne détermine qu'une démangeaison semblable à celle qu'occasionnent certains vers intestinaux; plus tard elle se change en une véritable douleur qui, chez certains individus, ne se manifeste que lorsqu'ils se tiennent debout ou assis pendant longtemps. Elle peut s'irradier plus ou moins loin, et il est assez commun de voir des malades se plaindre, non plus de douleurs au rectum, mais aux fesses, au sacrum, aux cuisses. Cette douleur est exaspérée par la marche, par la station, par la défécation, surtout après la constipation. En général, le rectum sécrète une matière tantôt blanche, tantôt rougeâtre, et il est des cas où il y a de véritables hémorrhagies, qui peuvent naître au début ou à une période avancée de la maladie.

A mesure que la maladie fait des progrès les selles deviennent de plus en plus rares. Dans quelques cas les excréments ressemblent à des fragments de vermicelle et semblent avoir passé à travers une filière ; chez d'autres, sont aplatis et rubanés et s'accompagnent de matières glaireuses, sanieuses, purulentes et sanguinolentes. Quelquefois les matières fécales sortent par les fistules que les ulcérations ont déterminées, et on peut les voir sortir par le vagin et par les parties environnantes. Chez certains malades, il existe au pourtour de l'anus un bourrelet hémorrhoïdal qui rend encore plus difficile la sortie des matières fécales.

Un dépérissement graduel et profond ne tarde pas à survenir ; il est surtout rapide quand la maladie s'étend aux parties voisines, comme la vessie ou l'utérus.

Si le cancer est situé très-bas, il sera facile de le voir à l'extérieur ; s'il existe plus haut dans l'intestin, le toucher pourra le faire reconnaître et faire percevoir, tantôt un resserrement circulaire entourant le rectum comme un anneau, tantôt une modification de la muqueuse et des bosselures agglomérées.

Terminaison. Elle est toujours funeste,

à moins qu'il ne siége très-bas, cas dans lequel il est accessible aux moyens chirurgicaux.

Traitement. Mêmes soins hygiéniques que pour les précédents; il faut, de plus, ici employer un traitement local. Il est important de délayer les matières qui s'arrêtent au-dessus des points rétrécis; on y fait pénétrer au moyen d'une canule une décoction de belladone. On a employé les mèches pour arrêter les progrès du cancer; ce moyen est très-douloureux et il peut être dangereux quand la maladie est avancée. L'ablation du cancer par des moyens chirurgicaux ne peut avoir lieu que quand il siége à la marge de l'anus. Dans certains cas, on voit des individus qui portent au rectum des tumeurs et des végétations de mauvais aspect être parfaitement guéris par un traitement mercuriel.

Ve CLASSE. — LÉSIONS D'INNERVATION DE LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

Dans les lésions que nous venons de passer en revue nous avons souvent vu le système nerveux se mêler aux troubles des autres fonctions, mais d'une manière secondaire et comme symptôme concomittant. Dans les altérations qui nous restent à examiner, c'est lui qui va jouer le rôle essentiel, c'est lui dont les lésions vont être primitives. Ces altérations sont les névroses du tube digestif.

Selon que la perturbation nerveuse porte sur la tunique musculaire, sur la sensibilité ou sur les fonctions du tube digestif, nous avons à placer sous trois ordres différents, ces trois sources différentes de maladies. Dans un quatrième ordre enfin, nous rangerons les altérations de fonctions dont la cause nous est inconnue, et qu'à tort ou raison, on a coutume de ranger parmi les lésions du système nerveux.

1er Ordre.—Névroses du tube digestif caractérisées par une lésion de contractilité.

1o DANS L'ESTOMAC. — VOMISSEMENT NERVEUX.

Le vomissement peut exister seul ou s'accompagner d'autres symptômes. Il ne survient pas par suite d'inflammation de l'estomac; ce ne sont plus les matières contenues dans cet organe qui le provoquent, c'est par une réaction toute sympathique qu'il se produit.

Causes. Elles sont nombreuses. Il survient au milieu des affections aiguës du cerveau, par suite d'émotions morales vives, de la titillation de la luette, après des syncopes ou des lipothymies, après l'affaiblissement qui suit les longues maladies; il survient aussi quand on introduit des narcotiques dans le tissu cellulaire ou de la digitale dans le rectum. Il est à remarquer que, même dans le monde, on attribue sur-le-champ à une cause nerveuse le vomissement qui survient sans cause appréciable. L'ouverture des corps vient d'ailleurs constater cette opinion, car on ne trouve aucune altération, même dans les cas où les vomissements durent deux ou trois mois.

Symptômes. Nous l'avons déjà dit, le vomissement peut être le seul phénomène; mais il n'en est pas toujours ainsi, et les substances alimentaires n'étant pas chylifiées, il survient bientôt du dépérissement. D'autres symptômes nerveux peuvent coïncider et alterner avec les vomissements. Ils peuvent aussi succéder au rhumatisme et à la goutte. Ils sont continus ou apparaissent à différents intervalles. Les matières vomies sont variables : tantôt ce sont de simples mucosités, tantôt de la bile. Il est fort remarquable et cependant bien réel que les aliments solides sont mieux reçus de l'estomac que les boissons, d'où il résulte que si on s'obstine à refuser des aliments au malade, les accidents s'aggravent, la fièvre s'allume, et que de cette abstinence peut surgir une gastrite. Il peut exister de la douleur à l'épigastre, variable en intensité. Les malades ont des rapports inodores et des éructations insipides.

L'appétit peut conserver l'état normal, mais dans certains cas les malades craignent de manger pour éviter le vomissement. La soif n'est vive que lorsque les boissons sont rejetées en entier. La langue est pâle, large et humide, ce qui distingue essentiellement cette affection d'une inflammation gastro-intestinale.

Ces vomissements peuvent cesser et être fréquemment suivis d'un retour à la santé, même après une longue durée; une autre névrose, par véritable métastase, peut lui succéder; l'inflammation de l'estomac peut aussi en être la suite; enfin la mort peut être le résultat de l'épuisement produit par cette évacuation continuelle des matières alimentaires.

Le traitement présente deux indications à remplir : arrêter le vomissement; prévenir son retour. Pour arrêter le vomissement, on a recours aux moyens perturbateurs qui agissent en faisant naître une nouvelle modification qui détruit la modification maladive. Ces moyens sont très-divers, et peuvent réussir chez les uns et échouer chez les autres. Il y en a qui agissent directement sur l'estomac, comme l'eau très-froide, les eaux gazeuses, la potion anti-émétique de Rivière; les différentes eaux distillées aromatiques, comme l'eau de menthe, de canelle, etc.; les potions éthérées, seulement quelques gouttes d'éther sulfurique dans l'eau, ou sur un morceau de sucre, le sirop d'éther. Certains moyens agissent à l'extérieur de l'estomac. Ainsi on plonge les malades dans des bains très-froids; on fait des applications de glace sur l'épigastre, ou bien on y pratique des frictions éthérées; on a recours aux révulsifs de tous genres, à l'exception des vési-

catoires. On se trouve quelquefois très-bien de l'application d'un large sinapisme sur l'épigastre, quelquefois d'un moxa ou de frictions ammoniacales. Dans certains cas, il convient d'agir sur les intestins, en donnant des lavements purgatifs drastiques. Enfin il importe beaucoup d'exercer une action sur les centres nerveux, en administrant l'opium et ses préparations tantôt par l'estomac, tantôt par le rectum, tantôt par la peau. Un excellent moyen consiste dans l'application sur la peau, dépouillée de son épiderme, d'un emplâtre de thériaque arrosé de vingt à soixante gouttes de laudanum et de quelques gouttes de la solution d'acétate de morphine. On administre aussi le camphre, le musc et la valériane.

La deuxième indication, qui consiste à prévenir le retour des vomissements, varie suivant les causes qui le produisent. Il convient d'abord d'employer les tempérants, comme les évacuations sanguines, les bains, les boissons mucilagineuses, un régime doux. On passe ensuite aux toniques, comme le quinquina et ses préparations, les ferrugineux, l'eau de Vichy, la rhubarbe, le columbo. On ordonne, en même temps, une alimentation excitante, comme le bœuf et le mouton. Enfin on obtient quelquefois des succès par l'emploi de moyens entièrement perturbateurs, comme l'électricité, le magnétisme.

La formation et l'émission d'une quantité insolite de gaz, peut être le résultat soit de la gastrite, soit de la diète; ces gaz peuvent être produits par des aliments farineux, ou ne pas reconnaître de cause appréciable. Dans ce cas, l'art ne possède pas de moyens efficaces contre cette incommodité. On se trouve bien cependant en général de l'emploi du carbonate de soude ou de magnésie, comme moyens palliatifs.

2° DANS L'INTESTIN.

1er *Genre.* La contractilité de l'intestin peut être modifiée au point que le mouvement péristaltique soit tellement augmenté d'activité qu'à peine les aliments sont introduits, qu'ils sont rendus. Cela arrive souvent sous l'influence d'une cause morale.

2e *Genre.* La contractilité intestinale, au lieu d'être augmentée, peut être diminuée, d'où résulte la constipation.

3e *Genre.* La lésion de la contractilité peut se traduire par un mouvement anti-péristaltique. Le malade éprouve tout à coup une douleur dans un point de l'abdomen. Le gargouillement s'y fait bientôt sentir et remonte vers l'estomac; ce dernier se distend, des nausées surviennent, des douleurs atroces se font sentir, les malades se pressent le ventre, se courbent, se roulent quelquefois. Tout à coup ce gargouillement redescend, regagne l'endroit d'où il était parti, et tout rentre dans l'ordre; dans d'autres circonstances, il se manifestera des vomissements, et une grande quantité de gaz sera rendue. Il sera facile dans quelques autres, de percevoir une tumeur, une sorte de globe anti-péristaltique mobile et tendant toujours à remonter; cette tumeur coïncidera avec la petitesse du pouls, et le refroidissement de la peau. Tous ces phénomènes paraîtront par accès plus ou moins rapprochés, et on s'en rendra compte en admettant qu'une contraction spasmodique d'un point de l'intestin, refoule en haut les gaz et les matières fécales.

Causes. Dans beaucoup de cas, cette affection n'est qu'un des nombreux phénomènes d'une névrose générale, comme l'hystérie. Dans d'autres cas, il n'existe avant l'apparition du mal aucun signe de névrose.

Traitement. C'est celui qui convient à toutes les névroses : les calmants et les narcotiques. Il y a ici une indication spéciale à remplir, c'est de transformer le mouvement anti-péristaltique en péristaltique au moyen des purgatifs.

4e *Genre.* Dans ce dernier genre, les mouvements musculaires sont modifiés de telle façon qu'une portion de l'intestin restant inactive, la portion située au-dessus d'elle entre en action et s'invagine; cette invagination peut survenir pendant l'agonie. Cette affection constitue une maladie très-grave, le *volvulus* et *l'ileus* dans une de leurs formes. On l'observe souvent au point où l'intestin grêle s'abouche avec le cœcum.

Symptômes. Constipation irrésistible, coliques quelquefois atroces, reflux des matières vers la portion libre du canal, vomissement de ces mêmes matières. Quelquefois on sent une tumeur plus ou moins volumineuse; un froid glacial se répand sur tout le corps, le pouls devient misérable, et le malade succombe si l'invagination ne se déroule pas. La grangène qui survient souvent dans la partie de l'intestin invaginée peut être suivie du retour à la santé dans le cas où la portion gangrénée se détache et que les deux bouts sains viennent à se souder entre eux; mais cette soudure peut ne pas être solide, et la mort arrive quelque temps après.

La *durée* de cette affection est variable; quelques heures suffisent quelquefois pour donner la mort, qui arrive avec tous les symptômes d'un étranglement interne; d'autres fois on voit des individus vivre pendant un temps plus ou moins considérable avec de pareilles invaginations.

Les *causes* en sont entièrement inconnues. On a vu l'invagination succéder à une indigestion.

Les secours de l'art sont complétement inefficaces dans une pareille affection, qui ne

peut être guérie que par la nature. On a néanmoins conseillé l'emploi des purgatifs.

2e Ordre. — Névroses caractérisées par une lésion de la sensibilité.

Gastralgie.

On a donné à ce mot une extension trop grânde ; ce n'est pour moi qu'une névralgie de l'estomac caractérisée par une douleur siégeant à cet organe. Les causes sont, comme celles des autres désordres fonctionnels que nous avons déjà examinés, le tempérament nerveux, le sexe féminin, une vie sédentaire, des travaux intellectuels, des affections morales concentrées, l'abus des substances végétales, des fruits acides, des boissons aqueuses, l'époque de la menstruation, l'état de grossesse, la leucorrhée et la chlorose, etc., etc. La colique d'estomac n'a rien de fixe dans sa marche ; elle peut survenir tout à coup et disparaître de même. Quelquefois elle alterne avec un tic douloureux. La douleur que les malades éprouvent est vive, aiguë, déchirante. Quelquefois la douleur est le seul phénomène morbide ; quelquefois au contraire, en même temps que la douleur, les malades éprouvent des palpitations, une angoisse inexprimable, des sueurs froides, le refroidissement des extrémités, l'affaiblissement du pouls. A ce cortége de symptômes on pourrait, dans quelques cas, croire à un empoisonnement. J'ai vu une dame qui présentait tous ces phénomènes, toutes les fois qu'elle prenait du lait (1). Chez quelques individus, ces douleurs d'estomac cessent aussitôt que survient un vomissement abondant de mucosités ou une émission considérable de gaz. Quel traitement faut-il opposer aux coliques d'estomac ? Nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit au sujet des vomissements nerveux. Remarquons seulement que les excitants doivent ici tenir le premier rang, et qu'on retire de bons effets des préparations opiacées.

ENTÉRALGIES

L'entéralgie est une maladie analogue à la précédente, le siége seulement la différencie; elle présente pour caractère une douleur siégeant à différents points de l'intestin; comme la gastralgie, elle peut coïncider avec d'autres affections.

Causes. Les causes s'éloignent essentiellement des causes ordinaires des névralgies; il en est qui donnent lieu à des symptômes tout spéciaux ; nous verrons que parmi ces entéralgies les unes se montrent sous l'influence de causes extérieures, tantôt par des molécules étrangères introduites dans l'économie, tantôt par des influences atmosphériques, tantôt par des modifications de l'économie dues à des états morbides antécédents, comme des rhumatismes ou des névralgies qui changent de place, tantôt enfin par des causes inappréciables.

(1) Je puis aussi citer un homme chez lequel une substance agréable au goût et tout à fait inoffensive, le miel, déterminait tous les symptômes de l'empoisonnement le plus violent. A. L.

ENTÉRALGIE SATURNINE (COLIQUE DES PEINTRES, COLIQUE DE PLOMB, ETC.)

On appelle de ce nom l'ensemble des phénomènes morbides que présentent certains individus employés à la manipulation des matières qui contiennent du plomb.

Les autopsies faites sur les cadavres d'individus qui ont succombé à cette affection, ont eu des résultats divers; le plus ordinairement, on n'a rien trouvé qui pût rendre compte de la gravité des désordres fonctionnels. Dans quelques cas, on a noté une simple rougeur de l'intestin qui ne suffirait pas pour expliquer la terminaison fatale qui avait eu lieu. Quelquefois on a observé des traces d'une véritable phlegmasie intestinale, phlegmasie que l'on ne doit considérer que comme une simple complication, de même que les altérations rares et diverses des centres nerveux.

Le plus grand nombre des ouvriers qui travaillent ou emploient le plomb et ses composés, sont atteints, dans leur vie, de coliques de plomb, une ou plusieurs fois. Les individus qui y sont le plus exposés, sont les broyeurs de couleurs, les peintres, les fabricants de céruse et de minium, les fabricants de poterie, les plombiers-fondeurs, les potiers d'étain, les imprimeurs et les mineurs.

Par quelle voie d'absorption le plomb pénètre-t-il dans l'économie? On a cru longtemps qu'il était porté dans les voies digestives avec les aliments, par le défaut de propreté des ouvriers qui prennent leurs repas avec leurs mains imprégnées de particules métalliques. On a dû renoncer à cette opinion, quand a vu que les soins extrêmes de propreté de la part des ouvriers ne les garantissaient pas de la maladie. On ne croit pas beaucoup non plus à l'absorption cutanée, car la rudesse de la peau, chez le plus grand nombre des ouvriers, doit rendre fort difficile l'absorption par cette voie.

Il n'en est pas de même de l'absorption pulmonaire, qui est présumée avoir la plus grande part dans la production de la maladie. Il est d'observation qu'elle est plus fréquente chez les ouvriers exposés aux émanations saturnines, comme les broyeurs de couleurs et les fabricants de blanc de céruse. M. Gendrin va même jusqu'à dire que la condition *nécessaire* pour déterminer la colique de plomb, est la dispersion des molécules métalliques dans l'atmosphère, soit par elles-

mêmes, soit par un véhicule volatil. Sans admettre cette *nécessité*, nous croyons cependant que cette circonstance influe beaucoup sur la production de la maladie.

Il est fort difficile d'apprécier les circonstances qui font que tels ouvriers plutôt que d'autres sont atteints de cette maladie, que les uns en sont plus souvent atteints que d'autres, et qu'elle est plus intense chez ceux-ci que chez ceux-là.

La colique de plomb est très-rare chez les femmes.

Elle est plus fréquente en été que dans les autres saisons, sans doute parce que le nombre d'ouvriers est plus considérable à cette époque.

On a quelquefois observé la colique de plomb après l'administration à haute dose de médicaments qui contiennent cette substance.

Symptomes. L'invasion de la colique de plomb est quelquefois soudaine. Plus ordinairement elle est précédée d'anorexie, de douleur dans le ventre, de la rareté et de la dureté des évacuations alvines. Ces prodrômes plus ou moins longs augmentent progressivement et forcent le malade à suspendre ses occupations.

A cette époque, le malade présente plusieurs symptômes importants à noter. Du côté des voies digestives, douleur vive, très-aiguë, au point d'arracher souvent des cris au malade, à le forcer à prendre les attitudes les plus variées, à se rouler quelquefois dans son lit. Cette douleur présente des rémissions et des exacerbations; celles-ci ont lieu ordinairement pendant la nuit, de là une insomnie fatigante. Il n'est pas exact de dire que cette douleur soit constamment diminuée par la pression; dans les cas les plus fréquents, celle-ci ne l'allége ni ne l'augmente; mais assez souvent elle en accroît l'intensité.

Il n'est pas exact non plus de dire que l'abdomen est constamment rétracté, et que les parois abdominales paraissent toujours déprimées et comme enfoncées vers l'ombilic; on le trouve aussi souvent avec sa forme et ses dimensions ordinaires; quelquefois même il est plus gros, plus développé que dans l'état normal.

La constipation est le plus invariable des phénomènes de la colique de plomb; elle précède tous les autres, et chez quelques sujets elle ne peut être surmontée qu'à l'aide des purgatifs les plus énergiques. Les premières matières des évacuations alvines sont très-dures, petites et noires, semblables aux excréments de quelques ruminants, comme ceux de la brebis ou de la chèvre. Avec la constipation, les malades ont des nausées, quelquefois des vomissements de matières bilieuses, qui enduisent la langue d'une couleur verte; l'haleine est fétide, et les borborygmes fréquents.

Ce n'est pas à ces symptômes locaux que se bornent les désordres fonctionnels. Les malades éprouvent des douleurs vives aux membres, surtout aux supérieurs. A ces douleurs succède une faiblesse insolite de l'action musculaire, et puis après, cette faiblesse se transforme en une véritable paralysie, qui peut porter aussi sur les organes des sens, tels que le toucher, la vue ou l'ouïe, ou sur les muscles pectoraux.

En même temps la face est pâle et jaunâtre, elle exprime une vive souffrance au moment des exacerbations; le pouls est lent, la chaleur naturelle, l'urine rare. On a vu quelquefois des malades qui présentaient des convulsions; d'autres de véritables attaques d'épilepsie.

Ainsi, constipation, douleurs abdominales très-aiguës, exacerbantes, vomissements bilieux, douleurs aux membres : voilà les symptômes qui vous feront diagnostiquer la colique de plomb.

La *durée* de la colique de plomb est variable. Quand elle est légère, elle se dissipe en peu de jours sous l'influence du traitement le plus simple. Quand elle est intense, elle dure un peu plus longtemps, et cette durée est alors en raison du traitement plus ou moins énergique qu'on aura employé.

Dans l'immense majorité des cas, *sa terminaison* est heureuse. Sur cinq cents cas observés à l'hôpital de la Charité, cinq seulement ont eu une terminaison fatale. Sur un total de 3,569 coliques de plomb, nous ne trouvons que 95 décès, ce qui ne fait pas 1 sur 30.

Le *pronostic* n'est grave que dans les cas de complication, telle qu'une phlegmasie intestinale, ou dans ceux où la colique de plomb est accompagnée de symptômes nerveux prédominants, tels que le délire, les convulsions, l'épilepsie, etc.

La convalescence de cette affection prédispose à la contracter de nouveau. Les rechutes ne sont pas rares.

On a prétendu que la colique de plomb était le résultat d'une inflammation gastro-intestinale. S'il est pour nous une vérité démontrée en médecine, c'est que cette affection ne doit pas être rangée dans la classe des phlegmasies. Comment concevoir en effet une inflammation qui ne laisse aucune trace cadavérique, qui, assez intense pour provoquer d'atroces douleurs, laisse le pouls dans un état parfait de calme, et dont la cure enfin ne s'obtient, comme nous le verrons tout à l'heure, que par des médicaments qui donneraient à une gastro-entérite une exaspération formidable? Évidemment l'inflammation n'a rien à faire ici, et par les résultats nécroscopiques, par les symptômes et par le traitement, nous nous croyons suffisamment autorisé à ranger la colique de plomb dans la classe des névroses,

et si nous étions forcé de préciser encore plus notre opinion, nous dirons que le prolongement rachidien et les plexus abdominaux du grand sympathique nous paraissent particulièrement lésés dans cette affection. Quant à la constipation, elle nous semble dépendre ou de l'anéantissement du mouvement contractile des intestins, ou de la suspension de la sécrétion du mucus intestinal.

Le *traitement* de cette affection a varié suivant les idées que l'on s'était faites de sa nature. Dans la nécessité où nous sommes de nous restreindre, nous ne pouvons faire mention ici que des principales méthodes de traitement, et nous allons commencer par celle qui nous paraît avoir une incontestable supériorité ; nous voulons parler du *traitement* dit *de la Charité*.

Voici en quoi il consiste :

Premier jour, eau de casse avec les grains (une pinte de décoction de casse avec trois grains d'émétique et de quatre à huit gros de sel d'Epsom).

Second jour, eau bénite (six grains d'émétique dans huit onces d'eau, en deux fois, à dix minutes d'intervalle).

Troisième jour, deux à trois verres de tisane sudorifique laxative (décoction des quatre bois sudorifiques, dans laquelle on fait infuser de quatre à six gros de séné).

Quatrième jour, potions purgatives des peintres (infusion de séné ℥ vj, électuaire diaphœnix ℥ j, jalap en poudre d'un scrupule à un gros, sirop de nerprun ℥ j).

Cinquième jour, comme le troisième.

Sixième jour, comme le quatrième.

On prescrit, en outre, chaque jour, pendant le traitement, pour boisson ordinaire, une pinte de tisane sudorifique (décoction des quatre bois sudorifiques), chaque soir le lavement anodin des peintres (vin rouge ℥ xij, huile de noix ℥ iv), et plus tard un demi-gros de thériaque avec un ou deux grains d'opium, selon que les douleurs sont violentes et l'insomnie opiniâtre. Il faut y joindre encore, soit tous les jours à midi, soit les jours seulement où le malade ne prend pas de purgatif, le *lavement purgatif des peintres,* qui est composé comme la potion purgative, si ce n'est qu'il contient une livre au lieu de six onces de décoction de séné. Si, après le sixième jour, il reste encore des douleurs, on prolonge le traitement de quelques jours, en prescrivant la tisane sudorifique laxative aux jours impairs, et la potion purgative aux jours pairs. La guérison est complète quand toute douleur a cessé et lorsque, cinq à six jours après la cessation des purgatifs, la constipation n'a pas reparu. La diète la plus sévère doit être prescrite pendant toute la durée de ce traitement.

Sous l'influence de ce traitement, les malades guérissent souvent au bout de trois jours; mais ce n'est pas une raison pour le discontinuer. D'autres ne guérissent qu'à la fin; chez quelques-uns, il faut le faire une seconde fois, sauf à le modifier selon les circonstances. Sur plus de 1,000 cas où je l'ai vu employer, je n'ai jamais vu qu'il ait produit d'accidents graves.

Les antiphlogistiques, employés déjà par Dehaën, ont été de nouveau préconisés dans ces derniers temps. Il résulte des observations rapportées à l'appui même de cette médication, que la durée de la maladie est plus longue, et les récidives plus fréquentes.

Le sulfate acide d'alumine et la limonade sulfurique paraissent avoir eu d'incontestables succès entre les mains de M. Gendrin. Ce médecin annonce avoir guéri plus de trois cents coliques de plomb, en administrant tous les jours d'un gros à un gros et demi d'acide sulfurique étendu dans trois à quatre livres d'eau. La guérison est obtenue en trois ou quatre jours.

Il existe encore bien d'autres méthodes de traitement, qui toutes ont été annoncées comme ayant eu du succès. A ce sujet, il faut se souvenir d'un fait important, c'est que la colique saturnine légère guérit très-bien au bout de quelques jours sans l'emploi d'aucune médication, et qu'il est fort possible qu'on ait attribué au traitement un résultat qui s'obtient par les seules ressources de la nature.

Les accidents nerveux qui surviennent dans le cours des coliques de plomb, devront être combattus par les moyens ordinaires, quel que soit le traitement employé contre l'affection principale. Les émissions sanguines, les rubéfiants et les vésicants aux extrémités inférieures, sont alors indiqués.

La paralysie cède souvent au traitement qu'on emploie contre la colique de plomb, quand elle survient en même temps que la colique; mais lorsqu'elle arrive, comme cela est le plus ordinaire, après que la colique a cessé, il faut avoir recours aux bains et douches d'eau de Barèges, à l'application de vésicatoires sur les avant-bras et à la nuque, à l'administration de l'extrait alcoolique de noix vomique ou de la strychnine elle-même. Quand la paralysie dure depuis un certain temps, qu'elle est portée à un certain degré, elle est fort difficile à guérir.

DE LA COLIQUE DE CUIVRE.

Dans la colique de cuivre, à laquelle sont particulièrement exposés les lapidaires, les monteurs et tourneurs en cuivre, les chaudronniers et les personnes qui prennent des aliments conservés dans des vases de cuivre mal étamés, les douleurs sont permanentes, avec des exacerbations accompagnées de chaleur vive dans le ventre, et fièvre de plus ou moins intense; il y a des vomissements verdâ-

tres, comme dans la colique de plomb; mais au lieu de constipation, il y a diarrhée abondante de matières glaireuses et verdâtres, quelquefois ténesme. On ne peut considérer cette maladie que comme une véritable inflammation gastro-intestinale occasionnée par la présence du cuivre dans le tube digestif. Aussi doit-on la traiter par les boissons douces, mucilagineuses, les cataplasmes et les lavements émollients, les bains et les émissions sanguines associés aux narcotiques, quand les symptômes sont intenses.

Quelquefois les ouvriers qui manient le cuivre présentent tous les symptômes d'une colique de plomb. Ils sont pareillement soulagés par le traitement employé contre cette dernière maladie. Il est infiniment probable que, dans ce cas, les accidents sont dus à la présence du plomb qui se trouve allié en certaine proportion avec le cuivre. C'est en effet chez les *fondeurs en cuivre* qu'on observe principalement cette affection.

DE LA COLIQUE DE MADRID.

On appelle ainsi une affection qui, bien que plus fréquente à Madrid qu'ailleurs, règne cependant aussi dans la Galice et dans le royaume de Valence. Ses causes sont problématiques. La seule qui paraisse offrir quelque fondement est l'influence de l'air froid du soir et de la nuit, succédant rapidement à la chaleur intense du jour. On l'observe plus fréquemment au retour des équinoxes. Voici les symptômes observés par les médecins qui ont pratiqué dans ces pays. La maladie débute par des douleurs sourdes et passagères dans toute l'étendue du colon, particulièrement dans le colon traverse; plus tard, inappétence, plusieurs selles difficiles dans la journée, peu abondantes et accompagnées de vents. Après deux ou trois jours, disparition de la défécation, douleur à l'épigastre, pâleur de la figure, pouls petit, lent et serré, urines rares sans altération, peau sèche, chaleur naturelle, attitude assise, bras croisés sur le ventre pour le comprimer; bientôt hoquets et efforts de vomissements qui donnent lieu à l'expulsion des boissons et d'une petite quantité de glaires et de matières bilieuses, insomnie, inquiétude. Si ces symptômes ne diminuent pas, le ventre s'aplatit, l'hypocondre droit, quelquefois l'ombilic deviennent douloureux, la sclérotique jaunit, puis après, tout le corps, et si une amélioration ne survient pas, le malade tombe dans le marasme, ou bien il survient des paralysies partielles et la mort peut être la terminaison de cette maladie. Ajoutons que cette terminaison est rare. Dans les autopsies qu'on a eu occasion de faire, on a trouvé les ganglions nerveux thoraciques et abdominaux volumineux, rouges, présentant quelques points jaunâtres au centre.

Les uns en font une névrose, les autres une inflammation de la tunique musculaire des intestins. Il est difficile d'embrasser une opinion sur des données si peu complètes.

Le traitement qui paraît le mieux réussir est l'administration de l'opium uni aux purgatifs.

DE LA COLIQUE DE POITOU, OU COLIQUE VÉGÉTALE.

Les causes et les symptômes de cette maladie se rapprochent beaucoup de ceux de la colique de Madrid. L'anatomie pathologique n'a rien appris sur sa nature, et le traitement qu'on lui oppose consiste dans l'administration des vomitifs, des purgatifs et des narcotiques.

DE LA COLIQUE NERVEUSE.

Elle survient quelquefois sans causes appréciables; souvent elle est produite par une émotion morale vive ou par des travaux intellectuels trop prolongés. On l'observe aussi après l'impression du froid ou après la suppression d'une évacuation accoutumée; elle peut succéder aussi à la goutte et au rhumatisme. Les personnes, hystériques en sont souvent atteintes, et le tempérament nerveux y prédispose.

Cette colique nerveuse survient quelquefois peu à peu, d'une manière progressive et continue. Dans d'autres circonstances, son invasion est subite, et les malades éprouvent instantanément de vives douleurs dans l'abdomen. La douleur est quelquefois le seul symptôme qu'on observe, quelquefois aussi il y a vomissement, diarrhée ou constipation.

La durée de cette colique est courte, en général. Ordinairement après quelques heures au plus de souffrance, les symptômes disparaissent, et le malade est rendu à la santé. Quelquefois cependant les douleurs peuvent persister plusieurs jours, mais alors elles ne sont pas très-intenses. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui en sont fréquemment atteints.

Quand on présume que la colique nerveuse est due à une suppression de quelque évacuation, la première indication à remplir est de la rappeler. Quand la cause de cette affection est inconnue, il est prudent de ne pas employer, de prime abord, les moyens énergiques et perturbateurs, mais de commencer par les adoucissants, les lavements, les bains, les boissons douces. Si ces moyens sont insuffisants, on aura recours aux antispasmodiques et aux opiacés, soit en potion, soit en lavements. On obtient de bons effets des infusions aromatiques de camomille ou de valériane. Dans quelques cas où ces moyens avaient échoué, on s'est bien trouvé de l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen, quand la susceptibilité des malades n'était pas trop forte. Il n'est pas jusqu'aux purgatifs qui n'aient été employés avec succès, dans certaines circonstances.

3e — Ordre. Névroses caractérisées par une lésion de fonctions.

Dyspepsie nerveuse.

La dyspepsie, qui est un des symptômes des lésions gastro-intestinales, peut être essentielle, et reconnaître pour cause une simple lésion de l'innervation. Une preuve bien évidente et bien connue de l'influence spéciale idiopathique du système nerveux sur la production de la dyspepsie, est le trouble de la digestion qui survient après une émotion morale un peu vive. Si cette influence morale agit souvent, les digestions resteront troublées alors même que la cause aura cessé d'agir, elle restera purement nerveuse pendant un certain temps, ce qui ne veut pas dire qu'à la longue elle ne puisse entraîner à sa suite des désordres de nutrition, et de nerveuse qu'elle était primitivement, se transformer en une inflammation chronique gastro-intestinale.

Elle est commune chez les personnes nerveuses et facilement impressionnables.

Symptômes. Ils consistent dans de mauvaises digestions. Vous trouverez des malades qui présenteront un phénomène bizarre; à certaines époques, leur estomac digérera tout ou rien; aujourd'hui le lait, le porc, les viandes les plus lourdes passeront très-bien, demain l'alimentation la plus légère ne pourra être supportée. L'appétit est ordinairement conservé, la langue est dans l'état le plus naturel, il n'y a pas de soif, le malade jouit, hors le temps des digestions, d'une bonne santé, mais si la maladie se prolonge, comme la nutrition est altérée par les mauvaises digestions, l'épuisement est rapide.

Traitement. Un fait capital que l'on ne doit pas oublier dans le traitement de la dyspepsie nerveuse, c'est que souvent la privation d'aliments aggrave l'état du malade, que l'estomac perd l'habitude de digérer, et que lorsque, plus tard, on voudra la lui rendre, on éprouvera de grandes difficultés. Il en est de cet organe comme de l'œil qui a été longtemps privé de la lumière. On devra donc, dans certains cas, maintenir l'alimentation. Si la diète avait été gardée, il faudrait d'abord diminuer la sensibilité extrême de l'estomac, par l'administration de l'opium. Son action, dans ces cas, est entièrement contraire à celle qu'il produit ordinairement, puisqu'il favorise ici l'acte de la digestion. On pourra lui substituer avec avantage l'extrait de pavot.

Dans les dyspepsies nerveuses, il pourra être fort utile de déverser sur d'autres organes la fluxion nerveuse dont l'estomac est le siége, fluxion très-rationnellement admise par analogie avec la fluxion inflammatoire sanguine. La thérapeutique d'ailleurs s'accommode très-bien de cette manière de voir, car en effet les affusions froides déterminent vers la peau un afflux de sang et un mouvement actif nerveux. Si, après les affusions froides, on introduit dans l'estomac des aliments même grossiers, on sera tout étonné de voir cet organe, qui tout à l'heure se révoltait contre l'eau de poulet, les digérer parfaitement. Certainement les affusions froides sont le meilleur moyen à employer contre la dyspepsie nerveuse.

4e Ordre. — Lésions des fonctions du tube digestif produites ou non par une altération de l'innervation.

Certains états morbides de l'estomac ne peuvent être rapportés aux troubles que nous venons d'étudier.

C'est une prétention arbitraire que de les attribuer à une perturbation nerveuse, puisqu'ils peuvent survenir sans que l'innervation y joue aucun rôle.

1er *Genre.* États morbides où il y a lésion des actes par lesquels l'économie est avertie de réparer ses pertes.

1re *Espèce.* Altération du sentiment de la faim.

BOULIMIE.

L'augmentation de la faim, ou la *boulimie*, se rencontre quelquefois dans la gastrite chronique, mais souvent elle ne peut lui être rapportée. On l'observe surtout pendant un accroissement très-rapide, au moment de la puberté. On dirait qu'il y a alors stagnation dans le mouvement nutritif, à cause du nouveau travail fonctionnel qui s'établit. On la remarque fréquemment dans les convalescences et pendant la grossesse. Chez certains individus, elle constitue une véritable maladie; sans cesse tourmentés par une faim insatiable (1), ils sont insupportables aux autres et à eux-mêmes. On a prétendu que, chez ces individus, l'estomac était plus volumineux. Je crois qu'on a pris l'effet pour la cause, et que si, chez les personnes qui mangent beaucoup, l'estomac est plus ample, c'est précisément parce qu'elles y ingèrent une très-grande quantité d'aliments. Dans un cas de voracité extrême, le canal alimentaire était plus court que dans l'état normal. Dans un autre cas le canal chlolédoque venait s'ouvrir dans l'estomac; mais on ne peut rien conclure de ces observations isolées. On a cru que la boulimie pouvait, dans quelques cas, dépendre d'une sécrétion trop abondante de suc gastrique, et l'on a tenté de la faire cesser en adminis-

(1) J'en ai vu un exemple bien remarquable sur un de mes camarades du collége, qui dévorait à lui seul le dîner destiné à huit personnes, et qui cachait dans son lit, des quantités énormes de pain qu'il mangeait pendant la nuit.

trant de l'opium ou quelques substances inertes, comme la magnésie.

L'abolition complète de la faim, ou l'*anorexie*, peut être le résultat d'une gastrite aiguë ou chronique; elle a lieu aussi dans presque toutes les affections des différents organes. Une émotion morale vive, les chagrins, une forte tension intellectuelle, une fatigue musculaire excessive abolissent la faim, et dans ces cas là, on ne peut pas dire qu'il y ait gastrite.

La perversion de la faim ou le *pica*, peut aussi être liée à une gastrite aiguë ou chronique; mais il y a des cas où elle est le résultat d'une névrose gastrique, comme chez les femmes enceintes, chez quelques femmes stériles ou hystériques, chez certains enfants.

2e *Espèce*. Altérations du sentiment de la soif.

POLYDIPSIE.

Elle peut tenir au diabètes, ou provenir de pertes abondantes par les sueurs. Rarement elle coïncide avec les affections des séreuses, elle se lie fréquemment au contraire aux sécrétions glandulaires anormales. Mais dans certains cas elle est idiopathique, comme on l'observe chez certaines femmes hystériques. Je ne connais pas d'exemple de cessation de la soif. Rien n'est, au reste, plus variable que la quantité de liquide que peuvent rendre tels ou tels individus. On observe quelquefois la perversion de la soif chez certaines filles chlorotiques, qui boivent avec délices du vinaigre et autres boissons acides.

2e *Genre*. États morbides ou altérations de l'acte par lequel l'aliment est chylifié. Il y a plusieurs autres espèces de dyspepsies, chacune ayant des causes diverses, et demandant des traitements différents. On peut admettre une dyspepsie par inflammation, une dyspepsie par asthénie, une dyspepsie par modification de la sécrétion du suc gastrique, une dyspepsie par modification de l'innervation, et enfin une dyspepsie par modification du sang. Passons-les rapidement en revue.

La dyspepsie par inflammation, est un symptôme de la gastrite aiguë ou chronique. C'est dans ce cas là seulement que ce désordre fonctionnel est accompagné de lésions organiques.

La dyspepsie, par asthénie, peut survenir à la suite de jeûnes trop longtemps prolongés; à la suite d'une diète mucilagineuse ou lactée, dans les convalescences des maladies de longue durée. Quelquefois elle reconnaît pour cause des excès vénériens. C'est au traitement que l'on reconnaît, dans certains cas, si la dyspepsie est liée à une inflammation d'estomac, ou si elle dépend de l'asthénie de cet organe, car les symptômes sont ordinairement négatifs, ou se rapprochent de ceux de la gastrite chronique. Ainsi la langue ne présente aucune rougeur; il y a absence de soif. Au lieu de douleur, le malade peut ressentir une espèce de pesanteur à l'épigastre. Les digestions sont accompagnées d'un grand développement de gaz. Il est bon de faire remarquer que, quoiqu'il y ait asthénie, le pouls peut avoir une certaine fréquence. Le traitement de cette affection est, comme nous l'avons déjà dit, la pierre de touche qui indique sa nature. Les antiphlogistiques, dans la plupart des cas, n'apportent aucune modification à cette maladie, qu'on guérit, le plus ordinairement, par les toniques et les amers, comme le quinquina, le jus de viandes, le vin vieux coupé avec de l'eau, etc. Si, dans la plupart des cas, la dyspepsie n'est qu'un symptôme de la gastrite, il faut se souvenir néanmoins qu'elle peut être idiopathique, qu'elle peut présenter quelque chose de particulier, qui demande un traitement opposé à celui de la gastrite.

La dyspepsie par modification des sécrétions gastriques, ne doit être admise que par hypothèse. Si l'état normal de la digestion est dû à une certaine quantité et à une certaine qualité du suc gastrique; si cette qualité ou cette quantité viennent à être modifiées, en plus ou en moins, soit par une cause inflammatoire, soit sans cause appréciable, l'état normal de la digestion sera nécessairement troublé, et dans le cas où cette modification ne sera pas causée par l'inflammation, elle nécessitera un traitement particulier. C'est ce qui arrive dans ces affections légères désignées sous le nom d'*embarras gastrique*. Ces affections se traduisent par la sensation d'un poids énorme dans l'estomac, par des rapports d'une odeur désagréable, par des alternatives de constipation et de diarrhée. La langue est large, sans rougeur, mais recouverte d'un enduit plus ou moins sale; la bouche est pâteuse et amère; les malades ont des nausées suivies de vomissement. Ils éprouvent en même temps des symptômes généraux: céphalalgie sus-orbitaire, malaise général, brisure des membres, découragement, tristesse, prostration des forces. Chacun de ces symptômes isolés peut appartenir à la gastrite aiguë ou chronique; mais c'est à leur ensemble qu'on a donné le nom d'embarras gastrique, et c'est lui qui caractérise une affection tout à fait indépendante de l'inflammation de l'estomac, et qui exige un traitement particulier. Ici au lieu de l'eau de gomme et de poulet, vous administrez avec le plus grand avantage des limonades et des boissons acidules. Vous vous trouverez surtout admirablement bien de provoquer le vomissement au moyen de deux grains de tartre-stibié. La fièvre même, dans ces cas, n'est pas une contre-indication au vomitif; vous verrez souvent la guérison s'opérer dans les vingt-quatre heures sous l'influence de ce médicament.

La dyspepsie, par modification du sang, reconnaît plusieurs causes. On rencontre des individus qui, après avoir été beaucoup saignés pendant le cours d'une maladie, éprouvent, à la suite, des digestions pénibles, tandis qu'auparavant, cette fonction s'exécutait très-bien. Il y a quelques années, que dans un pensionnat de Paris, on voulût contraindre les jeunes demoiselles à se faire religieuses; on n'avait pas trouvé de moyen plus efficace de modifier les idées et les penchants de ces jeunes filles, qu'en les saignant abondamment. J'eus occasion de voir une de ces demoiselles chez qui l'appétit était entièrement perdu; elle était réduite à un état déplorable d'épuisement que l'on ne parvint à faire cesser qu'en suivant avec beaucoup de ménagement, un régime tonique. C'est par une modification du sang, que surviennent quelquefois les dyspepsies chez des personnes qui ont une abondante sécrétion, chez les nourrices, par exemple. La sécrétion vient-elle à diminuer, les fonctions digestives s'améliorent. Il n'est pas rare de voir les digestions troublées chez les malades affectés de bronchite chronique. Ce n'est pas qu'ici il y ait réaction inflammatoire des bronches vers l'estomac; la dyspepsie est due à un état de gêne ou à un état anormal de l'hématose.

—

MALADIES

DE LA PORTION SUS-DIAPHRAGMATIQUE DU TUBE DIGESTIF.

MALADIES DE LA BOUCHE.

DE LA STOMATITE OU INFLAMMATION DE LA BOUCHE (1).

Le mot *stomatite* est nouveau dans la science (de στομα bouche), et désigne l'inflammation dont la bouche peut être le siége. On en distingue plusieurs espèces très-distinctes, et qu'on peut rapporter aux suivantes: 1° *stomatite simple;* 2° *stomatite aphteuse;* 3° *stomatite crêmeuse ou pultacée;* 4° *stomatite pseudo-membraneuse ou couenneuse;* 5° *stomatite gangréneuse.*

Les lésions anatomiques qui caractérisent ces affections, en sont aussi les symptômes et les signes.

1° STOMATITE SIMPLE OU ÉRYTÉMATEUSE.

Les causes de cette affection sont l'introduction de boissons chaudes dans la bouche, de substances âcres, vénéneuses ou caustiques, les contusions, les opérations qui se pratiquent sur les dents, l'accumulation du tartre, et surtout le travail de la dentition. Elle est quelquefois symptomatique d'une phlegmasie du canal digestif.

Dans sa forme la plus simple, elle peut n'être constituée que par un afflux sanguin. Alors la membrane muqueuse est rouge, sensible, tuméfiée en partie ou en totalité, mais le plus ordinairement l'affection est bornée aux gencives ou à la voûte palatine. La douleur est quelquefois très-vive, surtout au passage de l'air froid, par le contact des corps étrangers, et même par celui de la langue seule. La rougeur est pointillée et disséminée par plaques, et non d'une manière uniforme. Les fonctions de la bouche, telles que la mastication, la parole et la déglutition s'exécutent avec douleur, et quelquefois il s'établit un ptylisme plus ou moins abondant.

Cette phlegmasie donne lieu très-rarement à des symptômes généraux.

Sa durée est de trois à huit jours, et la résolution est sa terminaison ordinaire. Quelquefois l'épithélium se détache, se roule et s'enlève par plaques, surtout quand l'affection a été produite par quelque caustique ou quelque corps chaud.

Il faut distinguer de cette stomatite, due aux causes que nous avons énumérées, celle qui survient quelquefois sous l'influence d'un traitement mercuriel; celle-ci est œdémateuse, n'a pas de durée, et présente cela de remarquable, que son existence n'est pas en raison de la durée et de l'énergie du traitement mercuriel. Ainsi on l'observe après un traitement très-court, tandis que certains individus qui auront été soumis pendant longtemps à cette cause n'en seront pas atteints.

Remarquons aussi que les ulcérations et la gangrène même peuvent succéder à la stomatite simple, et qu'il n'est pas rare de remarquer après cette maladie une induration du tissu sous-muqueux de la bouche.

Le traitement de cette affection consiste dans la diète, dans les boissons adoucissantes et mucilagineuses, comme les décoctions de guimauve, de figues grasses; seules ou coupées avec du lait. Si la sensibilité de la bouche est si grande, que le contact de ces substances soit douloureux, il faudra recourir aux fumigations émollientes, et quand il y aura des symptômes généraux, comme fièvre. chaleur, céphalalgie, une saignée ou l'application de quelques sangsues à la base de la mâchoire ou sur les gencives mêmes, quelques pédiluves sinapisés, suffiront pour obtenir la guérison de cette affection.

Quelquefois elle passe à l'état chronique, et l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux persiste. Il faut alors recourir aux frictions faites avec l'hydriodate de potasse et l'axonge.

(1) Nous croyons que nos lecteurs sont maintenant assez familiarisés avec la classification de M. Andral, pour que nous puissions nous dispenser quelquefois de l'indiquer avec autant de précision que nous l'avons fait dans la première partie des maladies du tube digestif.

STOMATITE APHTHEUSE OU APHTHES.

On a donné le nom d'*aphthes* à des ulcérations fort diverses de la bouche, ou du moins à des formes variées de l'inflammation de cet organe. Je crois qu'on doit restreindre cette dénomination aux trois espèces suivantes : 1° à la forme papuleuse ; 2° à la forme vésiculeuse; 3° à la forme pustuleuse.

Quelle que soit la forme sous laquelle se présente cette maladie, elle affecte particulièrement les parties où l'épithélium est le plus apparent, la face interne des lèvres et des joues, les gencives, la langue et le voile du palais. Elle a la même terminaison, c'est-à dire qu'après le second ou le troisième jour, la papule, la vésicule ou la pistule se rompt, et qu'à sa place survient une petite ulcération qui se cicatrise rapidement. Cette éruption peut être *discrète* ou *confluente*. La forme discrète est celle que l'on observe presque toujours dans nos climats; mais dans les pays humides, la Hollande, par exemple, l'aphthe confluent est très-commun et règne quelquefois épidémiquement. C'est une maladie grave, qui attaque principalement les adultes et les femmes en couches. L'aphthe simple ou discret ne donne lieu à aucun symtôme, si ce n'est à un sentiment de gêne plutôt que de douleur dans la bouche. Il n'en est pas de même de l'aphthe confluent qui s'accompagne de frissons, de céphalalgie, de la fièvre et de vomissements.

L'aphthe simple a une durée de trois à six jours, et ne demande d'autre traitement que des lotions adoucissantes, des gargarismes émollients. Quand les ulcérations sont douloureuses, on se trouvera bien de les laver, à l'aide d'un pinceau de charpie, avec le mucilage de pépins de coing pur, ou avec addition de quelques gouttes de laudanum. Si les surfaces ulcérées sont douloureuses, et que la cicatrisation se fasse attendre, on renoncera aux émollients pour recourir aux astringents, et quelquefois aux toniques.

L'aphthe confluent sera combattu par des moyens plus énergiques. Il conviendra d'avoir recours aux boissons acidulées. Les émissions sanguines ne sont indiquées que dans les cas de fièvre intense, de déglutition génée. C'est surtout aux bains tièdes qu'il faudra avoir recours. Les révulsifs aux extrémités inférieures ne devront pas être négligés quand l'ulcération se prolongera au delà du troisième septénaire.

3° STOMATITE CRÊMEUSE PULTACÉE.

(Muguet.)

Ainsi nommée à cause du produit qui revêt la membrane muqueuse enflammée.

Cette maladie n'attaque guère que les enfants nouveau-nés. Elle est très-fréquente dans les maisons destinées aux enfants. Elle reconnaît pour causes l'allaitement artificiel, l'insalubrité de l'air, la nourriture malsaine, la malpropreté et la contagion que l'on admet par l'intermédiaire du mamelon.

Le muguet s'annonce par l'apparition de points blancs à la superficie de la membrane enflammée; ces points se montrent derrière les lèvres, à la pointe de la langue. Peu à peu ils se multiplient, s'étendent, se réunissent et forment des plaques irrégulières, minces, qui tantôt, restent séparées, tombent et se renouvellent à diverses reprises, tantôt au contraire, s'épaississent en s'élargissant, s'unissent de toutes parts en une couche continue qui enduit les parois de la bouche et la surface de la langue, envahit même souvent le pharynx et l'œsophage. Dans le premier cas, le muguet est discret, dans le second il est confluent.

Quand il est discret et qu'il a paru sporadiquement, la maladie est peu grave; les fausses membranes se détachent par lambeaux ou flocons, et après huit, douze ou quinze jours, un mois même, durant lequel il se reproduit de fausses membranes aussi minces, aussi peu étendues que les premières, l'inflammation cesse et la guérison est assurée.

Dans le muguet confluent, la couche crêmeuse qui revêt la bouche s'épaissit de plus en plus, et s'il s'en détache quelques lambeaux, elle se reproduit aussi dense que la première. Cette fausse membrane, d'abord blanche, jaunit ensuite. Le muguet confluent est rarement exempt de complications; elles sont quelquefois très-graves, et quand le malade succombe, ce sont elles qui occasionnent la mort.

Le traitement de cette affection est à peu près le même que celui des autres maladies de la bouche que nous venons d'examiner. Il faut envelopper le cou de cataplasmes, mettre le malade dans le bain. On doit surveiller avec soin les complications et les traiter avec les moyens qui conviennent à chacune. Les astringents doivent être employés avec précaution, et l'on fera choix des moins énergiques. Avec un pinceau de charpie on imbibera la bouche d'acides végétaux étendus d'eau. Les malades seront mis à la diète, et on ne leur donnera que du lait coupé. On enveloppera leurs pieds de cataplasmes chauds, mais on proscrira les sinapismes dont, en général, il faut être avare chez les enfants. Il arrive quelquefois que les malades avalent les fausses membranes qui se détachent de la bouche, et que ces corps étrangers gênent les digestions; il faut avoir recours, contre cet accident, à l'emploi de légers purgatifs.

4° STOMATITE SPEUDO-MEMBRANEUSE OU COUENNEUSE.

M. Bretonneau l'appelle *diphtérite buccale*.

Elle siége ordinairement aux gencives, aux commissures des lèvres, à leur face postérieure et à la paroi interne des joues, à la pointe et au pourtour de la langue. Il est plus commun qu'elle soit bornée à un seul côté que de l'observer dans la totalité de la bouche.

Cette affection débute par l'apparition de petites plaques d'un blanc grisâtre, irrégulièrement arrondies. Ces plaques s'étendent bientôt et s'agrandissent en devenant grisâtres, noirâtres ou livides; elles paraissent enfoncées à cause de la saillie que forme autour d'elles un bourrelet rouge. Il se détache des lambeaux plus ou moins considérables de fausses membranes, bientôt remplacées par d'autres. A cette époque de la maladie, les fausses membranes envahissent une partie de la langue, les gencives, la partie interne des joues. Après quelques jours pendant lesquels l'affection semble rester stationnaire, l'état des parties varie selon qu'elle se termine par résolution ou par gangrène. Dans le premier cas, le centre des plaques ou leurs bords commencent à être résorbés, et bientôt il ne reste plus qu'un simple liseré blanchâtre qui disparaît peu à peu, en ne laissant aucune trace de la maladie. Quand la terminaison par gangrène survient, on voit quelques points par où s'opère la résorption, tandis que le reste des tissus présente une mortification complète.

S'il arrive que les malades atteints de stomatite couenneuse succombent à une autre maladie, on voit que la fausse membrane qui tapisse les gencives pénètre aussi dans les alvéoles, et qu'elle s'étend comme une bande parallèle à la direction des dents, à la face postérieure des lèvres, sur les bords de la langue ou sur les parois des joues. Elle pénètre quelquefois dans la trompe d'Eustachi.

Elle peut être compliquée de bronchite, de pneumonie ou d'inflammation du tube digestif.

Au début de cette affection les malades ressentent une chaleur incommode et une douleur exaspérée par le contact des corps étrangers. L'haleine est fétide. et les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux. Plus tard les lèvres et les gencives sont comme boursoufflées et saignantes, une salive abondante et sanieuse s'écoule de la bouche entre-ouverte, l'haleine devient de plus en plus fétide, la face est rouge et tuméfiée, la fièvre plus ou moins intense; il y a céphalalgie, inquiétude, insomnie. Peu à peu, quand la résorption commence, ces symptômes diminuent d'intensité et la guérison s'opère.

Tous les âges sont sujets à la stomatite couenneuse, mais l'enfance en est plus souvent affectée. Elle est plus fréquente dans les temps froids et humides. La malpropreté, l'insalubrité de l'air, l'encombrement d'enfants sont ses causes les plus ordinaires. Elle règne quelquefois épidémiquement, mais elle ne paraît pas contagieuse. Elle survient aussi quelquefois à la suite d'un traitement mercuriel. On l'a aussi observée dans les fièvres dites muqueuses, et à la fin de certaines maladies chroniques.

La première indication à remplir dans cette maladie, c'est de soustraire les malades aux causes qui l'ont déterminée. Dans la première période on emploiera les collutoires adoucissants, les lavements laxatifs, les pédiluves chauds. On appliquera des cataplasmes émollients autour du cou pour s'opposer à la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, et quelques sangsues au-dessous de la mâchoire inférieure. Après l'emploi de ces moyens préparatoires il faut se hâter de recourir à un traitement local, et le meilleur des topiques est un mélange d'acide hydro-chlorique et de miel, avec lequel on touche les plaques pseudo-membraneuses, à l'aide d'un pinceau de charpie. On emploie avec succès des gargarismes de chlorure de chaux étendus d'eau, à des doses progressives. Le gargarisme suivant produit aussi d'excellents effets :

♃ Vinaigre. . . . . ʒ ij.
Alcool. . . . . . ʒ iij.
Eau. . . . . ℥ iv.

Les applications de l'acide hydro-chlorique doivent être faites toutes les 24 ou 48 heures selon l'exigence des cas. Quand l'inflammation occupe les gencives et la sertissure des dents, M. Bretonneau conseille de faire pénétrer l'acide dans chaque interstice, à l'aide de petites touches de bois ou de morceaux de papier roulé.

L'alun réduit en poudre et délayé dans un peu d'eau ou de salive peut être aussi employé avec avantage. On peut en dire autant du nitrate d'argent.

5° STOMATITE GANGRÉNEUSE.

Les différentes formes d'inflammation que nous venons d'examiner, après avoir passé à l'état d'ulcération, se transforment en une gangrène véritable. Ces ulcères, après avoir pris de l'accroissement à la manière des chancres rongeants, occasionnent, dans les parties environnantes, un engorgement considérable, et bientôt après le sphacèle. Ces ulcères gangréneux s'observent à l'intérieur des joues, aux gencives, et à la face postérieure des lèvres.

Cette affection est très-grave quand elle survient à la fin d'une stomatite. Quand on s'aperçoit de l'imminence de cette terminaison, il faut arrêter l'application des excitants et des caustiques pour leur substituer les émollients, les adoucissants, etc. Quand la gangrène est confirmée, les secours de l'art sont bien souvent insuffisants, et l'on ne peut espérer de guérison que lorsqu'elle se borne à quelques points ulcérés.

MALADIES DE LA LANGUE.

Les altérations dont cet organe est susceptible sont symptomatiques ou idiopathiques. Nous avons vu que, dans la plupart des maladies de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif, la langue présentait des altérations importantes à noter, sous le rapport de sa couleur, de son volume, de sa sécheresse, des enduits dont elle peut être revêtue. Elle s'affecte aussi sympathiquement dans les maladies de la portion sous-diaphragmatique de ce tube, ainsi que dans plusieurs maladies exanthémateuses, comme la rougeole, la scarlatine et la variole. Quelquefois, à la suite d'une émotion morale vive, on voit la langue se sécher, comme au début de certaines maladies aiguës; il est probable que, dans ces circonstances, c'est à quelque modification de l'innervation que ce phénomène doit être rapporté.

La langue est susceptible aussi de présenter des altérations, indépendamment des autres organes, et d'une manière idiopathique. Dans certaines circonstances, sans cause appréciable, la langue se tuméfie, remplit toute la bouche, au point de rendre la suffocation imminente, si l'on n'y portait remède, en pratiquant des scarifications sur cet organe.

DE LA GLOSSITE OU INFLAMMATION DE LA LANGUE.

Cette inflammation peut être bornée à la muqueuse de la langue, ou envahir tout cet organe, d'où la distinction de la glossite en superficielle et générale.

Sa production est favorisée par l'usage d'aliments âcres, par l'ingestion de substances corrosives, par l'emploi immodéré du mercure, par l'impression des caustiques, par les morsures, les blessures, etc.

L'inflammation de la langue donne lieu à une vive rougeur, à une douleur, ordinairement peu intense, à une tuméfaction, quelquefois très-considérable, et qui gêne les fonctions de la déglutition et de la respiration. La surface de la langue exhale une mucosité sanguinolente, qui s'y dessèche et la recouvre de fuliginosités épaisses. Une salive abondante, mêlée à des mucosités buccales, âcres et fétides, s'écoule incessamment au dehors. Quelquefois les côtés de la langue présentent de petits ulcères grisâtres et excessivement douloureux, qui acquièrent, dans certains cas, une grande profondeur, et dont le pourtour devient squirrheux.

Quand la glossite est profonde, elle devient, dans très-peu de temps, extrêmement grave.

La langue devient bleuâtre, quelquefois noire, et son volume peut devenir si considérable, qu'elle refoule le voile du palais en arrière, bouche l'ouverture du larynx par sa base, et fait, au dehors, une saillie considérable. Cette tuméfaction détermine des accidents promptement graves par la gêne qu'elle apporte à la respiration.

Cette inflammation peut se terminer par résolution ou par suppuration. Dans ce dernier cas, il se forme un abcès sous la langue.

La glossite superficielle est rarement une maladie grave. Elle guérit ordinairement sans les secours de l'art qui doivent se borner à la prescription de quelques collutoires émollients, à des bouillons, et au silence absolu. Quand il y a douleur vive, rougeur intense, et gonflement considérable, il faut recourir à la saignée générale et à l'application de sangsues à la face inférieure de la langue. S'il survient un abcès, il faut l'ouvrir par une incision longitudinale pratiquée sur la partie saillante de la tumeur.

Pour la glossite profonde, et qui donne lieu à une tuméfaction dangereuse, il faut avoir recours aux scarifications qui, en déterminant un écoulement abondant de sang, dissiperont tous les symptômes.

Dans quelques circonstances, la langue présente un ou plusieurs points comme frappés de mortification, et c'est à cette affection que l'on a donné le nom de *glosso-anthrax*. Dans ces cas, il faut se hâter d'appliquer le cautère actuel sur le point charbonneux, et d'administrer des collutoires chlorurés ou aiguisés avec l'acide hydro-chlorique.

DU CANCER DE LA LANGUE.

Cette affection succède quelquefois à plusieurs glossites répétées; elle peut-être le résultat d'une blessure, de l'irritation causée par la saillie inégale de quelque dent gâtée; elle peut provenir à la suite de quelques boutons chancreux, de tumeurs fongueuses, être la suite d'engorgements durs, indolents pendant plus ou moins de temps, qui deviennent le siége de douleurs lancinantes, et qui finissent par s'ulcérer et se ramollir.

Ces ulcérations s'offrent avec un fond grisâtre et livide, d'où s'écoule une matière sanguinolente et fétide. Leurs bords, renversés en dehors, sont rouges et durs.

Quand après avoir employé les saignées locales, les gargarismes émollients et narcotiques, quand après avoir soumis le malade à un silence absolu, et à un régime convenable, on ne s'est pas rendu maître de l'affection, il faut alors recourir aux moyens chirurgicaux, qui sont très-divers, et que nous ne pouvons pas décrire ici.

Le voile du palais participe presque toujours plus ou moins aux différentes affections de la bouche.

La luette présente quelquefois un état œdémateux assez considérable pour gêner la res-

piration et la déglutition. Dans d'autres circonstances, elle s'enflamme, se tuméfie, et donne lieu aux mêmes phénomènes. D'autres fois enfin, le volume trop considérable de la luette donne lieu à une toux qui pourrait induire en erreur sur sa nature.

L'état inflammatoire du voile du palais ne se présentant presque jamais isolé, les moyens de traitement sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués à l'article stomatite, ou dont nous aurons occasion de parler, en traitant des angines.

La *chute* de la luette doit être combattue par des moyens chirurgicaux.

ANGINE SIMPLE.

Nous désignons ainsi l'inflammation de la membrane muqueuse qui revêt l'isthme du gosier, le voile du palais, ses piliers et les amygdales. On l'appelle aussi *angine gutturale.*

Cette affection est fréquente au printemps où elle règne quelquefois d'une manière épidémique. Stoll, Pringle, Sydenham et d'autres observateurs nous ont laissé l'histoire d'épidémies d'angines gutturales. Qu'elle soit sporadique ou épidémique, cette maladie est plus commune dans la jeunesse et chez les individus d'un tempérament lymphatique et sanguin. Sa cause occasionnelle la plus fréquente, est le passage subit du chaud au froid. Les boissons alcooliques, les liquides très-chauds et très-froids, les caustiques, les acides, un air mêlé de vapeurs irritantes, la déterminent fréquemment. Elle survient aussi sans qu'on puisse découvrir la cause de sa production.

Le premier symptôme qui annonce l'angine gutturale est la gêne de la déglutition; la voix prend un accent nasonné, la membrane muqueuse, qui est le siége de l'inflammation est rouge, sèche, luisante, médiocrement tuméfiée, si ce n'est à la luette, dont la pointe chatouillant la base de la langue, provoque à tout instant le besoin d'avaler, détermine des envies de vomir, et quelquefois la toux. Plus tard, à cette sécheresse succède une exhalation plus ou moins abondante d'un mucus filant. La membrane qui revêt les amygdales est recouverte d'un enduit grisâtre. Les malades, obligés pour respirer, de tenir la bouche ouverte pendant le sommeil, présentent, au réveil, le dessèchement de la gorge et du mucus qui a été sécrété, dont l'expuition donne lieu à des efforts très-pénibles.

Cette maladie, dont la durée est courte, se termine toujours par résolution, à moins, ce qui est rare, qu'un abcès ne se forme soit dans la luette, soit dans le voile du palais. Si les choses se passent ainsi, il sera facile de s'en apercevoir au gonflement des parties, et à la forme différente que prendront les deux moitiés du voile du palais, qui sera reconnue, soit par l'inspection seule, soit par l'introduction du doigt. Si ces abcès ne s'ouvraient pas d'eux-mêmes, il faudrait recourir à l'instrument tranchant.

Chez les très-jeunes enfants il n'est pas toujours facile de reconnaître l'angine gutturale. Chez eux, en effet, comme l'a très-bien observé Billard, la membrane muqueuse qui revêt l'isthme du gosier et le voile du palais présente une rougeur très-ressemblante à la rougeur inflammatoire. Il faut alors rechercher avec soin si l'enfant a de la fièvre, s'il y a gêne dans la déglutition, s'il a des régurgitations, si sa voix est altérée et si surtout la rougeur, au lieu d'être uniformément répandue, n'occupe qu'une surface isolée.

Cette inflammation est ordinairement exempte de danger. Elle est quelquefois symptomatique, telle est celle qui a lieu dans la scarlatine.

Le traitement de l'angine gutturale consiste dans l'administration des boissons mucilagineuses, dans l'application sur le cou de topiques chauds et de cataplasmes émollients, de révulsifs sur les membres inférieurs et enfin dans les émissions sanguines, soit par la saignée, soit par les sangsues. Si la phlegmasie est légère, les premiers moyens seront suffisants et l'on n'aura recours aux émissions sanguines que lorsque l'inflammation sera intense. La diète, le repos, le silence seront d'un grand secours.

Quelquefois le mal de gorge complique l'embarras gastrique; dans ce cas, un vomitif enlève l'une et l'autre maladie.

DE L'ANGINE TONSILLAIRE OU AMYGDALITE.

Cette inflammation est une des plus fréquentes que l'on puisse rencontrer. Elle affecte tous les âges et tous les sexes, mais plus particulièrement les enfants et les femmes (1). Elle est quelquefois périodique. Bien différente de l'inflammation qui affecte les autres organes doubles, l'angine tonsillaire est rarement bornée à une seule amygdale; sur 48 observations de cette maladie recueillies dans ces derniers temps nous trouvons que 41 fois elle a affecté les deux amygdales. Quoiqu'elle soit plus commune au printemps et en automne, on l'observe cependant en toute saison. Elle règne aussi quelquefois épidémiquement, lorsque, surtout, régnent aussi ou ont régné antérieurement des épidémies de scarlatine ou

(1) Depuis Quarin on répète que l'amygdalite est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; MM. Louis et Rufz ont recueilli 64 observations d'angine tonsillaire dont 39 existaient chez des hommes et 25 seulement chez des femmes. D'après des renseignements sur l'exactitude desquels je ne puis élever aucun doute, j'ai acquis la certitude que cette affection est beaucoup plus fréquente dans les pensionnats de jeunes gens que dans ceux de jeunes demoiselles. A. L.

de rougeole. La cause la plus active de cette épidémie est l'impression subite du froid sur le corps échauffé. On la voit souvent se développer chez les femmes, au moment de l'apparition de leurs règles, sous l'influence soit de l'immersion des mains dans l'eau froide, soit d'un refroidissement quelconque. Le contact d'un liquide trop chaud ou trop froid, l'usage des aliments âcres, ou les stimulations répétées, la produisent fréquemment. Dans quelques circonstances, enfin, elle survient sans qu'on puisse lui assigner aucune cause.

L'amygdalite peut survenir sans qu'elle soit annoncée par aucun prodrôme; elle se manifeste alors par la difficulté d'avaler, et par la sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche. Le plus ordinairement elle est précédée par les symptômes généraux communs à toutes les phlegmasies, tels que frissons, céphalalgie, soif, inappétence et réaction fébrile. Cet état ayant duré plus ou moins longtemps, une douleur variable en intensité se manifeste, en même temps qu'un besoin continuel et inutile d'avaler. La déglutition devient difficile et douloureuse, les efforts pour cracher sont fréquents et accompagnés d'une toux rauque et gutturale; les matières rejetées sont filantes et claires; la voix s'obscurcit ou s'éteint entièrement; quand le gonflement des amygdales est considérable, la respiration est gênée, et il peut y avoir suffocation passagère.

Pour faire l'inspection des parties malades, la mâchoire inférieure étant abaissée, on déprime la base de la langue avec une spatule ou le manche d'une cuiller. On voit alors les amygdales tuméfiées au point quelquefois de se toucher par leurs surfaces internes. La membrane qui les recouvre est sèche ou présente des concrétions blanchâtres, ou une couche grisâtre et membraniforme. La trompe d'Eustachi participe ordinairement à l'inflammation, et les malades éprouvent de la douleur dans l'intérieur de l'oreille pendant le bâillement; quelquefois il y a surdité plus ou moins complète.

Des symptômes généraux peuvent se joindre à ces symptômes locaux, tels que la céphalalgie, la rougeur de la face, la soif, les nausées, la chaleur de la peau et un mouvement fébrile plus ou moins intense. L'urine aussi devient rouge et fait éprouver pendant son expulsion un sentiment d'ardeur.

La durée de l'amygdalite est ordinairement de six à huit jours. Elle se termine souvent par résolution; mais lorsque l'inflammation est intense, elle se termine par suppuration. Il se forme un abcès qui s'ouvre ordinairement dans un effort que fait le malade pour cracher. Le pus a une odeur fétide. Quelquefois le pus, au lieu d'être versé dans la bouche, se fraie une voie au dehors et peut fuser sur les côtés du cou.

Quand cette inflammation a atteint souvent le même individu, les amygdales restent plus dures et plus grosses et sont prédisposées à contracter de nouveau la maladie. Elles deviennent quelquefois si volumineuses que leur incision est nécessaire.

Traitement. Les boissons délayantes ou mucilagineuses, les cataplasmes émollients sur le cou, des vapeurs douces dirigées au fond de la gorge, tels sont les moyens qu'il faut employer dans les premiers temps. Les gargarismes émollients, quand ils peuvent être supportés, sont fort utiles. Il faut aussi recourir aux pédiluves sinapisés, aux lavements laxatifs et à la diète. Quant aux émissions sanguines, il ne faut les employer que lorsque l'intensité de la phlegmasie locale, ou des symptômes généraux les réclament, et une ou plusieurs saignées sont plus avantageuses que l'application de sangsues.

DE LA PHARYNGITE OU ANGINE PHARINGÉE.

Cette maladie est idiopathique ou symptomatique de quelque affection générale. Ainsi, elle accompagne la scarlatine, elle est une des lésions les plus constantes de la rage, et s'observe aussi dans la syphilis. N'est-il pas remarquable de voir la même affection naître sous l'influence de causes si diverses?

Cette inflammation peut occuper la partie supérieure ou inférieure du pharynx. Les symptômes ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Dans le premier cas, le malade éprouve d'abord une sensation de chaleur ou de sécheresse dans la gorge, et une gêne plus ou moins grande dans la déglutition. A cette époque, la portion supérieure du pharynx est rouge, luisante, sèche, couverte dans quelques points d'un mucus très-collant, qui ne s'en sépare qu'à l'aide de gargarismes. La voix est peu altérée, la déglutition douloureuse.

Sa durée est variable; elle passe quelquefois à l'état chronique, et cela s'observe surtout sous l'influence de la syphilis.

Une variété remarquable de cette inflammation, est celle que l'on a décrite sous le nom d'angine couenneuse ou *diphtéritique.*

DE L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE.

Cette maladie débute par une rougeur plus ou moins vive du pharynx, et le gonflement de l'une ou des deux amygdales. La déglutition est moins difficile et moins douloureuse que dans les autres angines; souvent les symptômes généraux sont à peine sensibles; quelquefois ils acquièrent une grande intensité, ainsi que les symptômes locaux. Cette période d'invasion est souvent très-courte; bientôt après, les amygdales, la luette, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, présentent de petites plaques blanches

ou jaunâtres, lisses, luisantes, irrégulièrement circonscrites, et d'un aspect lardacé. Aussitôt qu'elles paraissent, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires se tuméfient et deviennent douloureux, et la gêne de la déglutition est en rapport plutôt avec le développement de ces ganglions qu'avec celui des plaques du pharynx. Dans quelques circonstances, l'engorgement des ganglions a été accompagné de celui des parotides. Les plaques s'étendent plus ou moins rapidement; ordinairement elles envahissent les amygdales, le voile du palais et la luette, en imprimant à ces parties des modifications de forme et de volume. Les plaques, après s'être étendues, se circonscrivent d'un cercle rouge, se boursoufflent, se décollent et se détachent par lambeaux, en laissant suinter quelques gouttes de sang qui se mêlent à une salive abondante et fétide. Les fosses nasales participent bientôt à cette maladie, et on observe alors un écoulement par les narines d'un liquide séreux, jaunâtre, sanguinolent et très-fétide. La production pseudo-membraneuse tombe et se renouvelle plusieurs fois; il arrive une époque où elle ne se renouvelle plus, ou bien que celle nouvellement produite, se ramollit, est expulsée avec des fragments de membrane, et un mucus sanguinolent. Quelquefois la maladie se termine par résolution, et la fausse membrane est absorbée.

Cette affection locale s'accompagne de phénomènes généraux, tels que la pâleur et la bouffissure de la face avec altération des traits, et comme il arrive souvent que les organes de la respiration sont envahis par l'exsudation pseudo-membraneuse, la toux, la difficulté de respirer, et tous les symptômes qui caractérisent les affections des voies respiratoires, ne tardent pas à se montrer. Une broncho-pneumonie intermittente très-grave peut survenir, d'autant plus difficile à reconnaître qu'elle est masquée par les symptômes de l'angine, et peut faire succomber le malade, alors qu'on le croit hors de danger.

Quand la diphtérite est sans complication, elle ne présente pas de grands dangers. Sa durée est ordinairement de quinze à vingt-cinq jours. Elle ne devient grave que lorsque l'inflammation, ayant envahi les voies respiratoires, donne lieu au croup ou à la pneumonie que nous avons signalée.

L'anatomie pathologique a démontré que les altérations que nous présente cette maladie, sont différentes, suivant l'époque où on les examine. Dans les premiers jours, simple rougeur, injection de la muqueuse pharyngienne. Plus tard, fausse membrane plus ou moins ferme, épaisse, adhérente ou boursoufflée. Au-dessous de la fausse membrane, le tissu muqueux est rouge, injecté, et comme desséché. Quand la maladie a marché vers une terminaison heureuse, les plaques ont disparu pour faire place à une teinte rosée uniforme qui s'affaiblit de plus en plus pour revenir à la couleur normale.

Causes. Cette affection se montre dans toutes les saisons, sous tous les climats, mais principalement dans les pays humides. Elle est sporadique, endémique ou épidémique, et cette dernière forme est très-fréquente. L'enfance y est plus exposée que les autres âges, et plus les enfants sont jeunes, plus la maladie est grave par la fatale prédisposition de cet âge aux affections des voies respiratoires. Quelques médecins pensent que cette affection est contagieuse.

Traitement. L'application de l'acide hydro-chlorique de la manière que nous avons indiquée aux articles stomatite, angine, etc., est la première indication à remplir. L'emploi de cet agent doit être modifié suivant l'intensité de la maladie. Lorsque l'affection diphtéritique marche rapidement, il faut cautériser d'une manière énergique avec de l'acide pur ou presque pur. On mitigera l'action de l'acide avec un tiers ou un quart de miel rosat, quand la maladie marchera lentement. On pourra substituer à l'acide hydro-chlorique, les solutions concentrées de sulfate acide d'alumine ou de chlorure d'oxyde de sodium. On peut insuffler aussi le sulfate acide d'alumine réduit en poudre impalpable, ou le calomel préparé à la vapeur.

Après ces moyens locaux, il convient d'employer les moyens généraux, tels que les boissons mucilagineuses, les saignées générales chez les sujets forts et robustes, et quand la fièvre est intense, les rubéfiants, les vésicants et les bains tièdes.

DE L'OESOPHAGITE.

Cette maladie est assez rare, elle accompagne le plus souvent la gastrite ou la pharyngite.

Elle est aiguë ou chronique.

Dans l'œsophagite aiguë, la membrane muqueuse est rouge; mais pour que cette rougeur soit distinguée, il faut qu'elle soit très-vive, parce que l'épithélium est fort épais à l'œsophage. Pour peu que l'inflammation se prolonge, la membrane muqueuse se tuméfie, l'épithélium se détruit, et il arrive un moment où elle est mise à nu. A la place de l'épithélium existe un liquide pultacé. Dans certains cas, les follicules muqueux se développent au point d'avoir l'aspect des boutons de la variole. Les autres tuniques peuvent aussi être altérées et se ramollir ou s'ulcérer. Quelquefois l'ulcération aboutit à la perforation. La terminaison de cette inflammation peut aussi se faire par un abcès.

La totalité de l'œsophage peut s'enflammer; dans la grande majorité des cas l'inflammation est bornée au quart inférieur de l'organe.

Causes. C'est une maladie presque toujours accidentelle; elle succède ordinairement à l'action du refroidissement, de l'ingestion de substances âcres et corrosives, de corps étrangers introduits dans l'œsophage. On l'a vu se développer à la suite de l'abus du mercure, de l'iode, de l'opium, quelquefois après la disparition du rhumatisme ou d'une éruption cutanée; elle accompagne la rage, quelquefois le tétanos, la fièvre jaune, la variole et l'angine couenneuse; dans quelques circonstances enfin, elle survient sans cause déterminée. On l'a plus souvent observée dans l'enfance et dans l'âge adulte.

Symptômes. Le plus fréquent des symptômes consiste en une douleur le long de la colonne dorsale, douleur qui pourrait faire croire à l'existence d'une altération de cette colonne. Avec un peu d'attention on voit que cette douleur occupe un point plus ou moins étendu de l'œsophage, qu'elle se fait sentir le plus ordinairement entre les deux épaules, ou à la partie inférieure du pharynx, qu'elle augmente dans les mouvements de déglutition, qu'elle acquiert toute son intensité au moment où les boissons et le bol alimentaire arrivent sur le point enflammé. Cette douleur est ordinairement précédée et accompagnée de chaleur et de sécheresse; elle est parfois si vive qu'elle s'oppose invinciblement au passage des aliments liquides et même des boissons les plus douces.

Le hoquet est un des symptômes assez fréquents de l'œsophagite. Il y a aussi dans cette maladie des vomissements de matières filantes et sanguinolentes. La soif est vive, et comme, presque toujours, il y a régurgitation des boissons ingérées, on conçoit que dans certaines circonstances, ce phénomène ait pu faire croire à l'hydrophobie.

Traitement. Dans une œsophagite légère il suffira de mettre le malade à la diète, de lui prescrire des boissons douces et mucilagineuses, et quand les boissons ne pourront être supportées, d'apaiser la soif en lui faisant sucer des tranches d'oranges, ou en lui faisant prendre de petites gorgées d'eau pure ou acidulée. Le malade devra observer le silence le plus complet. Enfin les bains tièdes, les cataplasmes autour du cou, et les bains de pieds sinapisés suffiront, dans la plupart des cas, pour amener la guérison du malade. Dans les cas, où les symptômes inflammatoires seront intenses, il faudra recourir aux saignées générales et à l'application de sangsues sur le trajet de la douleur. »

Les caractères anatomiques de *l'œsophagite chronique* sont les mêmes que dans l'œsophagite aiguë. Seulement c'est dans celle-là que l'on rencontre des ulcérations et quelquefois des végétations qui deviennent une cause de dysphagie, par suite de l'épaississement de la muqueuse qui a oblitéré le conduit. L'induration du tissu cellulaire sous-muqueux peut aussi être la suite d'une œsophagite chronique. Enfin les ulcérations peuvent déterminer la perforation qui peut se faire en dehors ou en dedans.

Les symptômes sont moins tranchés que dans l'œsophagite aiguë, ils sont plus sourds, la déglutition devient de plus en plus difficile, quelquefois les symptômes de l'inflammation chronique de l'œsophage se transforment en ceux du cancer de cet organe. Quand cette terminaison arrive, le cancer existe le plus ordinairement au cardia; il fait saillie au dedans de l'œsophage où il détermine un rétrécissement tel que la déglutition est souvent impossible.

Il est fort difficile de prononcer pendant la vie s'il y a cancer de l'œsophage; quand on ne peut que le soupçonner, il convient d'attaquer d'abord l'inflammation chronique, car il n'existe pas de traitement qui puisse s'opposer au cancer confirmé de l'œsophage.

DE L'OESOPHAGISME OU SPASME DE L'OESOPHAGE.

L'œsophage présente quelquefois une lésion d'innervation caractérisée par la difficulté ou l'impossibilité de la déglutition, que l'on ne peut rapporter à d'autre altération qu'à celle du système nerveux. Le spasme de l'œsophage s'observe dans le cours d'une maladie nerveuse, pendant les accès d'hystérie. On l'a vu survenir à la suite d'un refroidissement et de la disparition d'un rhumatisme. Il accompagne quelquefois la gastrite chronique, et il est un des symptômes de plusieurs maladies de l'intestin, du cerveau et de la rate.

Symptômes. Quand cette effection débute brusquement, le premier symptôme que le malade éprouve est une difficulté subite d'avaler, et la sensation d'une boule qui semble remonter le long de l'œsophage. Cette difficulté se prolonge longtemps dans certains cas au point de faire croire à une dégénérescence organique. Mais dans la plupart des cas, ce spasme n'est pas permanent, il ne se manifeste que de temps à autre. Quelquefois l'ingestion des aliments est impossible et le bol alimentaire après avoir franchi facilement le pharynx, arrivant à un point quelconque de l'œsophage, est expulsé par un effort de vomissement.

Cette affection peut déterminer un grand dépérissement et il est urgent de la combattre le plus tôt possible. Pour cela on emploiera avec avantage les antispasmodiques, comme le musc, le castoréum, le camphre, l'assa-fœtida administrés en lavement ou par la méthode endermique; les bains fréquents et surtout les bains froids de rivière sont très-utiles dans cette affection. On a employé avec succès ces frictions de belladone, de jusquiame et

de morphine. Quelquefois on est obligé d'avoir recours aux sondes dilatantes.

OUVRAGES PRINCIPAUX A CONSULTER SUR LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

Andral. Précis d'anatomie pathologique.
— Clinique médicale.
Barras. Traité sur les gastralgies et entéralgies.
Billard. De la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire.
— Traité des maladies des enfants nouveau-nés.
Boisseau. Pyrétologie physiologique.
Bouillaud. Traité clinique et expérimental des fièvres prétendues essentielles.
— Traité pratique, théorique et statistique du choléra-morbus de Paris.
Bretonneau. Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux, et en particulier sur la diphtérite.
Broussais. Histoire des phlegmasies chroniques (Ouvrage sublime).
Chardon. Pathologie de l'estomac, des intestins et du péritoine.
Chauffard. Traité des inflammations internes.
Chomel. Leçons de clinique médicale (Fièvres typhoïdes).
Dugès. Essai physiologico-pathologique sur la nature de la fièvre, etc.
Foy. Du choléra-morbus de Pologne et de Paris.
Gendrin. Histoire anatomique des inflammations.
— Recherches sur la nature et les causes prochaines des fièvres.
Louis. Recherches, etc., sur la maladie connue sous le nom de gastro-entérite, etc.
Magendie. Leçons sur le choléra-morbus.
Petit et *Serres.* Traité de la fièvre entéro-mésentérique.
Prost. Médecine éclairée par l'observation de l'ouverture des corps.

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Les maladies de l'appareil circulatoire présentent deux grandes divisions : Dans la première se rangent celles de l'appareil circulatoire sanguin, dans la seconde celles de l'appareil circulatoire lymphatique.

I.

MALADIES DE L'APPAREIL DE LA CIRCULATION SANGUINE.

Nous établirons ici trois grandes subdivisions qui comprendront 1° les maladies du cœur; 2° les maladies des artères et des veines; 3° les maladies de la rate.

1° MALADIES DU COEUR.

Le cœur peut présenter des altérations de circulation, de sécrétion, de nutrition, d'innervation; on y trouve aussi des produits morbides.

A. LÉSIONS DE CIRCULATION.

L'hypérémie du cœur n'offre presque rien à noter. On peut supposer son existence alors qu'il y a vive chaleur à la région précordiale, des palpitations de courte durée; mais l'anatomie pathologique n'a pas démontré cette altération. Sur le cadavre on constate des congestions de cet organe dans les cas d'asphyxie, et de nombreuses variétés de coloration de son tissu qui ne dépendent que de la position dans laquelle le cadavre a été placé.

L'anémie du cœur s'observe quelquefois sur le cadavre à la suite de quelques maladies chroniques.

Les hémorrhagies du cœur sont appelées apoplexies de cette organe. Elles sont excessivement rares. J'ai observé un cas où le tissu du ventricule gauche était le siége d'une infiltration sanguine. Le malade avait présenté pendant la vie une dyspnée rapide, brusque et portée jusqu'à l'orthopnée. Cette infiltration trouvée entre les fibres charnues du cœur était l'effet d'une exhalation sanguine dont la cause est inconnue.

L'inflammation du cœur est encore peu connue; on la désigne sous le nom de *cardite;* elle est aiguë ou chronique.

DE LA CARDITE AIGUË.

Cette inflammation peut siéger dans deux parties distinctes entre elles, et n'occuper strictement que l'une, laissant l'autre parfaitement intacte; elle peut aussi les envahir simultanément. Ces deux parties sont le parenchyme propre du cœur, et la membrane qui tapisse sa surface interne; l'inflammation isolée de cette dernière partie s'appelle *cardite interne* ou mieux *endocardite.*

Caractères anatomiques. Ils sont nombreux et compliqués. Quand l'inflammation occupe le parenchyme du cœur ou sa membrane interne, on trouve ces parties rouges.

Mais, toutes les fois que sur le cadavre on constatera cette coloration rouge, sera-t-on en droit de conclure à l'existence de la cardite? S'il en était ainsi, rien ne serait plus commun que cette maladie; cependant elle est rare et cependant aussi la coloration rouge du cœur est très-fréquente. C'est que le cœur peut la présenter sans qu'il ait été atteint d'inflammation; c'est qu'elle est, dans la plupart des cas, un effet purement cadavérique. Et en effet, dans les autopsies faites 30 heures après la mort, surtout pendant l'été, on trouve le parenchyme du cœur et sa membrane interne injectée. Cette rougeur s'explique par la filtration de la matière colorante du sang à travers les tissus, matière qui s'est séparée d'avec les autres éléments du sang par suite de la décomposition cadavérique. Peut-on distinguer cette rougeur cadavérique de celle produite par l'inflammation? Si on examine avec beaucoup de soin on verra que dans la cardite, les vaisseaux capillaires sont injectés, qu'ils se dessinent dans le tissu cellulaire et qu'on pourra les suivre jusqu'à l'origine des troncs principaux laquelle participe toujours à l'inflammation. Rien de semblable dans la rougeur cadavérique, elle n'est plus dessinée, elle est uniforme, on dirait que la surface du cœur a été teinte; il existe d'ailleurs une différence capitale, dans la rougeur inflammatoire; elle a partout le même caractère et la même nuance; dans la congestion cadavérique elle est rouge-brun au cœur droit, rouge-vif, au cœur gauche.

Le cœur enflammé peut diminuer de consistance, se ramollir soit dans ses fibres musculaires, soit dans sa membrane interne qui se réduit en bouillie et s'enlève facilement par les mors de la pince. Ce ramollissement est plus fréquent à gauche qu'à droite, parce que la cardite gauche est la plus fréquente de beaucoup. N'oublions pas que le ramollissement du cœur pouvant se rencontrer chez des individus dont le cadavre a éprouvé un commencement de putréfaction, il ne peut être rigoureusement considéré comme le résultat de l'inflammation, qu'autant que cette putréfaction n'existe pas.

On peut trouver du pus dans différentes parties du cœur. Il peut se former à sa surface interne, se mêler au sang et l'altérer dans l'ensemble de ses propriétés physiques; on peut le trouver renfermé dans l'intérieur d'un caillot qui lui sert d'enveloppe. Mais la présence du pus dans le cœur n'est pas toujours un signe de l'inflammation de cet organe. Ceci touche à une question de pathologie fort controversée de nos jours, et qui ne me semble pas avoir reçu une solution satisfaisante. On peut réduire à trois le nombre des opinions qui ont cours dans la science sur cette question. 1° Quelques médecins admettent que le pus a été sécrété par la membrane interne du cœur atteint d'inflammation. 2° D'autres disent qu'il s'est formé de toutes pièces au milieu de ces concrétions sanguines enflammées. 3° Le plus grand nombre professent qu'il s'est formé dans un point plus ou moins éloigné du cœur et qu'entraîné par le torrent circulatoire il s'est déposé dans les cavités de cet organe. La première de ces hypothèses est démentie par les faits qui prouvent que du pus a été trouvé dans le cœur sans que cet organe ait présenté aucune trace d'inflammation. Les deux autres ne sont pas dénuées de valeur et on peut, par elles, se rendre compte de quelques faits pathologiques; mais elles n'infirment pas les cas où la présence du pus dans le cœur est le résultat formel de son inflammation.

Le pus au lieu d'exister à la surface de la membrane interne peut se trouver au-dessous d'elle, la soulever et produire une tumeur, un véritable abcès. Ces abcès peuvent exister dans l'épaisseur même du cœur, ou de la cloison interventriculaire. On peut n'en trouver qu'un seul, il peut en exister plusieurs. Leur présence n'est pas un indice certain de l'inflammation du cœur. Il existe un nombre infini de cas où l'on trouve des abcès dans le cœur, quoiqu'il soit dans l'état normal et qu'il l'ait toujours été. C'est ce qui s'observe après les grandes opérations chirurgicales, après certains accouchements, après l'inflammation des veines, etc.

La cardite peut aussi donner naissance à de fausses membranes et, si on en trouve rarement, c'est qu'incessamment délayées par le sang, elles sont entraînées par le courant circulatoire.

A la suite de la cardite aiguë on a trouvé des ulcérations à la surface externe du cœur. On les croyait autrefois plus fréquentes qu'elles ne le sont, car on confondait souvent des fausses membranes avec des ulcérations.

Quelquefois on trouve une solution de continuité qui s'étend de la surface interne jusqu'à la pointe du cœur. Elle peut avoir été occasionnée par une ulcération simple interne, ou succéder au ramollissement. Cette rupture s'observe surtout au ventricule gauche. A une époque où l'on expliquait tout mécaniquement on admettait que ces ruptures devaient avoir leur maximum de fréquence à la pointe du cœur. Les faits sont venus démentir cette théorie en démontrant que c'est précisément à l'endroit le plus épais du cœur, au ventricule gauche qu'on les observait plus fréquemment. Y a-t-il toujours inflammation lors de ces ruptures? L'observation répond encore que non. Dans un certain nombre de cas, à une fraction de ligne de la solution de continuité, il n'y a rigoureusement rien; il est impossible dans ces cas de déterminer la cause

de la rupture. Quelquefois elle survient spontanément à la suite d'une chute violente sur le cœur, au milieu d'une très-forte émotion de colère, quelquefois pendant l'orgasme du coït. Dans d'autres cas, on l'a observée coïncidant avec l'hypertrophie, avec le ramollissement, quelquefois enfin on a constaté qu'elle existait au centre d'ulcérations. Quelle que soit la cause de ces ruptures, le résultat est un épanchement de sang dans le péricarde, dont la quantité est bornée par la capacité de cette membrane séreuse.

La rupture des colonnes charnues du cœur, le rétrécissement de ses orifices, la rugosité de sa surface interne et enfin la production de véritables végétations peuvent être le résultat de la cardite aiguë.

Causes. L'influence de l'atmosphère joue un faible rôle dans la production de cette maladie. Les prédispositions, au contraire, en jouent un fort important, et sans elles, on ne peut souvent se rendre compte de cette affection. Il y a quelques années, on en observa à Paris une épidémie régnant sur les chevaux. Elle offrit tous les caractères anatomiques que nous venons de décrire. C'est plutôt par la théorie que par des observations exactes que l'on admet l'influence des boissons alcooliques sur la production de la cardite. Il n'en est pas de même de celle qu'exercent certains poisons; ainsi l'empoisonnement par l'arsenic offre, comme une des principales lésions, des taches d'un rouge-violet au cœur, avec ramollissement de sa membrane interne. On s'accorde généralement à admettre que les affections organiques du cœur prédisposent d'une manière remarquable à la cardite aiguë. Les inflammations du péricarde, les phlegmasies de l'appareil pulmonaire peuvent s'étendre jusqu'au cœur; mais ces cas sont rares. La fièvre, qui accompagne toutes les inflammations, a été accusée de produire la cardite, et l'on a cité des observations de ramollissements du cœur après un long mouvement fébrile. Cependant l'observation constante et journalière prouve que la fièvre quelque forte qu'elle soit, que les mouvements du cœur quelque tumultueux et désordonnés qu'ils puissent être, ne donnent jamais lieu à l'inflammation du cœur. Elle est quelquefois le résultat de la phlegmasie des vaisseaux. Mais la plus remarquable et la plus constante des causes qui produisent la cardite est la métastase rhumatismale qui jouit du fatal privilége de se porter sur le cœur à mesure qu'elle disparaît du point primitif où elle s'était montrée.

Symptômes. La cardite aiguë a encore été peu étudiée, et les observations de cette maladie ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse en tracer un tableau complet. Voici ce qu'il est possible de dire dans l'état actuel de la science.

Cardite légère. Douleur subite et assez vive à la région du cœur; trouble léger de la circulation, bruit de soufflet probable, tels sont les phénomènes que présente la cardite légère et circonscrite.

Cardite grave. Douleur plus vive, palpitations énergiques, suffocations, peau froide, face grippée, pouls petit, impulsion du cœur augmentée, bruit de soufflet, respiration gênée, anxiété extrême, terreur, pressentiment de mort prochaine, défaillance, syncope ou lipothymies, voilà les symptômes qui se manifestent dans une inflammation très-intense du cœur ou de sa membrane interne. Une mort brusque peut être la terminaison de cet état, ou bien, après un début effrayant, l'inflammation peut passer à l'état chronique.

Cardite foudroyante. Il est des cas où la mort est instantanée, où elle arrive dans un espace de temps aussi court qu'une seconde; il existe dans ces cas une rupture du cœur.

Traitement. Le traitement antiphlogistique le plus vigoureux doit être employé dès le début. Les défaillances, la petitesse et l'inégalité du pouls ne contre-indiquent pas les saignées générales et locales. On administrera en même temps des boissons adoucissantes et rafraîchissantes; la diète la plus sévère et le repos le plus complet devront être prescrits. Si la phlegmasie ne cédait pas à ces moyens et qu'elle menaçât de passer à l'état chronique, il faudrait avoir recours aux révulsifs tels que vésicatoires, ventouses scarifiées, moxas, etc.

DE LA CARDITE CHRONIQUE.

Aux caractères anatomiques déjà indiqués s'en joignent de spéciaux à cette inflammation. Comme dans les autres phlegmasies chroniques j'ai constaté l'épaississement de la membrane interne du cœur, des végétations s'élevant de sa surface, et d'autres altérations plus spécialement et plus évidemment le produit de l'inflammation, comme les déformations des valvules auriculo-ventriculaires; l'adhérence des valvules aortiques à l'aorte par leur surface concave; des adhérences entre elles, ce qui les empêche de fonctionner normalement; des brides s'élevant d'une des surfaces libres des valvules pour aller se joindre à leurs bords adhérents; des valvules déchirées en frange, perforées, soudées entre elles, entièrement ulcérées ou ayant complétement disparu, et tout le cortége enfin des altérations que l'inflammation entraîne à sa suite. On trouve ordinairement du pus dans le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane interne. On peut y trouver aussi des indura-

tions et des noyaux cartilagineux dans le tissu fibreux.

Symptômes. En présence de tant d'altérations diverses les phénomènes qui les traduisent doivent être aussi nombreux et aussi variables qu'elles. Quand il n'existe pas de rétrécissement, il peut n'y avoir qu'une simple douleur, souvent même qu'un simple sentiment de gêne ou d'anxiété vers le cœur. Par intervalles plus ou moins éloignés il survient des palpitations et une oppression plus ou moins grande. La percussion et l'auscultation n'indiquent rien.

Quand la cardite chronique est un peu plus grave, ces premiers symptômes existent; mais, de plus, l'auscultation fait reconnaître un bruit de soufflet si l'altération porte sur un orifice artériel. Si cette altération est un rétrécissement, le sang en le traversant, donnera lieu à un certain bruit. Un fait remarquable c'est que tous ces symptômes peuvent être fort légers et néanmoins le pouls rester fréquent, irrégulier, serré, et cela pendant fort longtemps.

Si, à la suite d'une cardite chronique, il est survenu quelque maladie organique du cœur, celle-ci se manifestera par ses symptômes propres. L'altération des valvules ou l'imperfection dans le jeu de leur mécanisme donnera lieu à un reflux de sang vers l'aorte, et on percevra un bruit de soufflet produit par le choc en retour qui aura lieu à chaque diastole, au deuxième bruit du cœur, c'est-à-dire pendant le choc en retour du sang sur les valvules. De ce reflux du sang il résulte que le cœur se contracte plus énergiquement pour le chasser, et l'on observe, en effet, des battements plus forts et plus fréquents. Si cet obstacle à la circulation dure longtemps, le cœur s'hypertrophiera. On conçoit combien alors il serait peu rationnel de priver le cœur, par des émissions sanguines, de la force qui lui est nécessaire pour chasser le sang.

La rupture des colonnes du cœur se traduit par des battements tumultueux et par une mort soudaine.

Dans la rupture du cœur la mort est instantanée. Il n'est pas rare de voir des malades qui accusent depuis longtemps des douleurs sourdes à la région précordiale, qui sont tourmentés de palpitations fréquentes, tomber morts tout à coup, sans prodrômes, et comme frappés par la foudre.

Traitement. Il faut unir ici les antispasmodiques aux antiphlogistiques. Il arrive malheureusement trop souvent que l'on est en doute si l'affection du cœur est une névrose ou une inflammation chronique. Dans le doute, il convient de recourir d'abord aux émissions sanguines; elles auront pour résultat, dans le cas d'inflammation bornée à la membrane interne, d'empêcher la communication de l'inflammation à la substance même du cœur (1).

B. LÉSIONS DES SÉCRÉTIONS.

Il n'y a ni flux ni hydropisies du cœur. L'infiltration du cœur a été observée mais sans donner lieu à aucun symptôme. On peut admettre l'œdème du cœur dans les derniers temps d'une hydropisie.

C. LÉSIONS DE NUTRITION.

Celles-ci sont nombreuses et importantes; ce sont l'hypertrophie, l'atrophie, l'induration, le ramollissement, les produits accidentels, les altérations congéniales, etc.

DE L'HYPERTROPHIE DU COEUR.

L'hypertrophie du cœur est partielle ou générale. Elle est plus fréquente au ventricule gauche; mais, à ce sujet, remarquons que chez l'enfant et le vieillard le ventricule gauche est au droit : : 3 ou 4 : à 1.

L'épaississement du ventricule gauche peut porter spécialement sur quatre parties : 1° sur la valvule mitrale; 2° sur la cloison interventriculaire; 3° sur la totalité des parois du ventricule gauche; 4° sur différents points seulement de ces parois.

L'hypertrophie du ventricule droit est plus rare. Dans l'état normal, on sait qu'après la mort ses parois peu fermes s'appliquent l'une sur l'autre. On a constaté ce défaut d'affais-

(1) Dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, ouvrage capital dont M. le professeur Bouillaud vient de doter la science, nous trouvons deux chapitres consacrés à la maladie complexe dont M. Andral traite sous le nom de *cardite*. Le premier de ces chapitres contient l'histoire de l'inflammation de la membrane interne du cœur ou l'*endocardite;* le second renferme la description de la *cardite* ou inflammation des tissus du cœur.

M. Bouillaud annonce que l'inflammation de la membrane interne du cœur est, contrairement à l'opinion de Laënnec, une maladie très-commune et aussi fréquente que la péricardite; que la circonstance qui s'oppose puissamment à ce que l'on reconnaisse généralement l'endocardite aiguë toutes les fois qu'elle existe sur le cadavre, c'est l'impossibilité où l'on est, dans l'immense majorité des cas, de constater la présence de la matière anormalement sécrétée sous l'influence de cette inflammation; mais si l'anatomie pathologique est souvent impuissante à démontrer l'existence de cette maladie, par l'étude des causes qui ont agi sur le malade, par l'analyse des signes physiques et des lésions fonctionnelles, par la considération de la marche de l'affection, de son mode de réaction sur les systèmes de l'économie, le médecin s'élève au diagnostic de la maladie.

Nous dépasserions les bornes d'une simple note si nous voulions faire une analyse même succincte des caractères anatomiques, des symptômes, des causes, etc., que M. Bouillaud attribue à cette inflammation. Nous ne pouvons qu'engager le lecteur à recourir à la source même, où se trouve traité avec un grand développement ce sujet neuf et intéressant. A. L.

sement bien plus encore que l'épaississement. L'hypertrophie de ses piliers coïncide assez souvent avec ceux du ventricule gauche.

L'hypertrophie des oreillettes est encore plus rare; presque jamais isolée, elle coïncide, dans l'immense majorité des cas, avec celle du ventricule correspondant.

Lorsque les parois du cœur sont hypertrophiées, elles sont rouges, en général; leur consistance peut être normale; elles peuvent présenter un véritable état d'induration; mais l'induration n'accompagne pas toujours l'hypertrophie.

Les cavités du cœur peuvent se présenter sous divers états :

1° Les parois du cœur étant plus ou moins hypertrophiées, leur diamètre peut rester à l'état normal.

2° En même temps que les parois sont hypertrophiées, il peut arriver que les cavités soient agrandies, d'où résulte une augmentation de volume du cœur qui a reçu de Corvisart le nom d'*anévrysme actif*, et de M. Bouillaud d'*hypertrophie excentrique*.

3° Les cavités peuvent s'épaissir sans qu'il en résulte agrandissement; au contraire, il peut y avoir rétrécissement, l'hypertrophie s'étant produite vers le centre. M. Bouillaud appelle cette altération *hypertrophie concentrique*.

Avant de passer à l'étude des symptômes de cette affection, il nous semble important d'étudier un autre état du cœur désigné sous le nom d'*atrophie*. En effet, à une époque de la maladie, l'hypertrophie est remplacée par l'atrophie, et là où il y avait rétrécissement de la cavité, survient tout à coup un agrandissement. On conçoit qu'un tel changement anatomique doit en entraîner de très-grands dans l'expression fonctionnelle qui le traduit, et cette considération nous engage à donner ici les caractères anatomiques de l'atrophie du cœur.

Caractères anatomiques de l'atrophie du cœur. L'atrophie est une diminution dans l'épaisseur des parois du cœur.

Le cœur atrophié peut offrir son volume normal, parce qu'à mesure que les parois s'amincissent, les cavités se dilatent d'autant.

Il peut au contraire être diminué de volume.

Enfin son volume peut être augmenté, par la raison qu'à mesure que les parois s'amincissent, les cavités augmentent de plus en plus, de même que dans l'amincissement de l'estomac sa cavité augmente. C'est l'*anévrysme passif* de Corvisart.

Les parois d'une cavité peuvent offrir d'un côté l'atrophie, de l'autre l'hypertrophie.

Dans certains cas, à mesure que le ventricule gauche s'hypertrophie le ventricule droit s'atrophie et se réduit à un imperceptible appendice.

Par suite de ces altérations la capacité des cavités du cœur change, à la dilation peut succéder le rétrécissement et *vice versâ* (1).

Causes. Il est fort remarquable que les mêmes causes puissent produire indifféremment, ou tour à tour, l'épaississement ou la dilatation des cavités du cœur. Ces causes, nous les diviserons en plusieurs ordres.

1er *Ordre de Causes.* Obstacles mécaniques au cours du sang.

Les obstacles peuvent exister dans les orifices artériels ou auriculo-ventriculaires, et dépendent des altérations nombreuses de ces orifices. On peut les rapporter à deux classes: 1° selon qu'ils s'opposent plus ou moins complètement au passage du sang comme les rétrécissements, ou bien qu'ils permettent au sang de revenir dans la cavité par l'insuffisance des valvules, ce qui nécessite de la part du cœur des contractions plus énergiques qui en produisent la dilatation; 2° selon que cet obstacle au cours du sang est sous l'influence d'une lésion de texture, comme l'induration, d'un vice de conformation, de produits accidentels, etc.

Remarquons que ces obstacles qui, chez l'adulte, produisent ces altérations, peuvent impunément exister chez le vieillard. Quelquefois cependant, ils les produisent aussi chez lui, à la longue.

Ces obstacles à la circulation peuvent exister dans les artères. Elles peuvent être rétrécies, comme je l'ai vu sur l'aorte, dont le calibre n'était pas plus considérable que celui de la carotide primitive. Elles peuvent au con-

(1) Les diverses altérations du cœur désignées sous le nom d'hypertrophie sont loin d'être considérées de la même manière par les médecins de notre époque. M. Louis, contrairement à l'opinion généralement admise, a professé que l'hypertrophie du ventricule droit est plus fréquente que celle du ventricule gauche, et il a étayé cette proposition par 49 observations d'hypertrophie des ventricules où 29 fois cette altération portait sur le ventricule droit.

M. Cruveilhier n'admet pas l'hypertrophie partielle de la cloison ni celle des colonnes charnues. Ce même observateur nie aussi l'existence de l'hypertrophie concentrique.

L'agrandissement des cavités du cœur avec amincissement des parois, sans être formellement nié par M. Louis, ne s'est pas présenté une seule fois à cet exact observateur.

Ainsi, dès l'abord de l'étude difficile et compliquée des altérations du cœur, nous trouvons divergence d'opinions sur des sujets de simple inspection. Il faut être, en vérité, doué d'une foi bien robuste pour soutenir que la médecine est une science faite, alors que, sans parler de l'étiologie, des symptômes, de la nature et du traitement des maladies, toutes choses invariablement établies, comme on sait, il n'y a peut-être pas trois propositions fondamentales d'anatomie pathologique incontestablement formulées, alors que l'anatomie normale même et la physiologie surtout offrent encore tant de points obscurs, et tant de sujets de discussion. A. L.

traire être dilatées; elles peuvent être ossifiées, et perdre alors leur contractilité; dans ces deux circonstances, le résultat sera le même pour le cœur qui aura besoin d'employer une force plus grande pour chasser le sang.

Il est douteux que l'inflammation ou la stase du sang dans les capillaires, soit un obstacle à la circulation.

2e *Ordre*. L'inflammation des plèvres ou du péricarde peut déterminer l'hypertrophie du cœur, et cette cause sera d'autant plus efficace que cette inflammation se prolongera plus longtemps. Il faut en dire autant de l'inflammation de la membrane interne du cœur.

3e *Ordre*. Sous l'influence d'une névrose du cœur qui le fasse palpiter plus vite et plus énergiquement, l'hypertrophie surviendra.

4e *Ordre*. Les métastases rhumatismales qui, comme nous l'avons déjà remarqué, se portent si souvent sur le cœur, doivent être considérés comme cause d'hypertrophie.

5e *Ordre*. Les personnes chlorotiques sont prédisposées à une affection organique du cœur. Ainsi on voit quelquefois la chlorose disparaître pour faire place à tous les signes d'une maladie du cœur, se montrant graduellement.

6e *Ordre*. L'exercice trop énergique du cœur, en faisant, de cet organe, un centre de nutrition plus actif, déterminera son hypertrophie.

7e *Ordre*. L'époque de la puberté, alors que tout est en fermentation dans l'économie, prédispose aux affections du cœur; seulement elles sont sourdes pendant de longues années et tout à coup, vers 40 ou 50 ans, elles éclatent avec intensité. On a dit que les sujets forts et sanguins y étaient plus exposés; il il n'est pas rare de rencontrer des signes de maladies du cœur sur des sujets pâles et maigres.

8e *Ordre*. L'hérédité est une cause puissante de maladies du cœur, et qu'on ne peut nier. On pourra écarter la fatale destinée réservée à certains membres d'une famille où les affections du cœur sont communes, en leur faisant faire beaucoup d'exercice, en déversant, pour ainsi dire, l'activité des forces musculaires du cœur sur les muscles moteurs et de relation.

Symptômes. Le cœur n'exerçant pas ses fonctions normalement, il en doit résulter des désordres fonctionnels, locaux et généraux.

Symptômes locaux. Que le cœur soit dilaté ou hypertrophié, le premier symptôme qui s'observe, est un trouble dans ses contractions qui sont exagérées, trouble qui constitue les palpitations. Dans certains cas, la main du médecin ne perçoit pas les battements que le malade accuse; cela peut arriver, quand la sensibilité organique est telle que le malade les éprouve réellement, sans qu'ils existent Les palpitations sont quelquefois précédées par la dyspnée; chez quelques malades, elles coïncident avec elle. On ne les observe pas constamment; on a vu des cas où la maladie parvenait à une époque très-avancée, sans que leur présence eût été constatée. Dans d'autres circonstances, au contraire, elles sont excessivement intenses, et c'est le seul symptôme qu'on observe. Elles reviennent par accès, et s'accompagnent de douleurs précordiales, d'étourdissements, de défaillances. Ces accès sont souvent produits par une cause accidentelle, comme une émotion morale, le travail, une indigestion, un trop fort exercice musculaire, etc.

La douleur est ordinairement peu intense; ce n'est souvent qu'un simple sentiment de gêne et de pesanteur. On a souvent observé un singulier phénomène que n'expliquent ni l'anatomie, ni la physiologie : c'est un fourmillement à la région précordiale, qui s'étend dans tout le flanc gauche, se fait sentir jusqu'à la pulpe des doigts. Beaucoup de malades se couchent indifféremment sur les deux côtés du corps, mais il en est qui ne peuvent reposer sur le côté gauche, sans que la douleur et les palpitations ne se manifestent. La main, appliquée sur la région précordiale, ressent l'impulsion des battements; quelquefois, cependant, elle ne les sent pas, et, chose remarquable, c'est souvent quand l'hypertrophie du cœur est à son maximum d'intensité. Il arrive aussi que les palpitations sont très-fortes, sans que le malade en ait conscience. Dans certaines circonstances, où il existe un obstacle à la circulation, on perçoit un bruit particulier que Laënnec a appelé *frémissement cataire*. Les palpitations peuvent être ressenties à l'épigastre. Quelquefois les battements sont plus faibles que dans l'état normal, et cette circonstance a coïncidé avec un développement énorme du cœur. Dans quelques cas, ils sont entendus à une certaine distance. Ils peuvent avoir une marche irrégulière, soit que cette irrégularité provienne d'un obstacle situé à l'orifice aortique, soit qu'elle dépende de causes occasionnelles.

La percussion exercée sur la région précordiale, donne dans un grand nombre de cas, un son plus mat que dans l'état normal, mais dans quelques autres, ce signe est tout à fait en défaut, car il peut arriver que les poumons se prolongent en avant et recouvrent le cœur, qu'ils soient emphysémateux, ce qui n'est pas rare dans les maladies du cœur, et alors, au lieu d'un son mat, on perçoit un son clair.

L'auscultation fait découvrir d'importants et de nombreux phénomènes. Avant d'en faire l'exposition, nous allons analyser succinctement la théorie des bruits du cœur, et les

diverses opinions émises pour les expliquer.

Nous avons quatre phénomènes à étudier dans les contractions du cœur : les bruits, le choc, le rhythme, l'étendue des battements.

A. *Bruits du cœur.* L'oreille appliquée sur la région précordiale d'un homme sain, perçoit deux bruits successifs et distincts, suivis chacun d'un repos ou silence. Le premier bruit est plus sourd et plus prolongé que l'autre; le repos qui le suit est très-court, et souvent le premier bruit se prolonge au point de masquer le premier silence. Le second bruit, plus court, plus clair, plus éclatant que le premier, ressemble au claquement d'une soupape, ou au bruit que fait un chien qui lape. Ce second bruit est suivi d'un second silence plus long que le premier. C'est dans le premier silence que se font sentir les pulsations artérielles, et si le premier bruit se prolonge et empiète sur le silence, les pulsations correspondront à la fin du premier bruit. C'est donc avec le premier bruit que coïncide la systole des ventricules et la diastole des oreillettes, tandis que la systole des oreillettes coïncide avec le deuxième bruit.

Laënnec attribuait le bruit sourd à la systole des ventricules et le bruit clair à celle des oreillettes. Sans s'expliquer d'une manière bien formelle, ce grand observateur semble admettre que ce sont les fibres musculaires du cœur qui sont sonores et que le bruit est occasionné par leur contraction. M. Pigeaux, au contraire, attribue la production du son au choc du sang lancé par l'oreillette contre les parois des ventricules, pour le premier bruit, qu'il nomme *bruit inférieur,* et au choc du même liquide contre les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire, pour le second bruit ou *bruit supérieur.* M. Marc d'Espine, reprenant pour ainsi dire la théorie de Laënnec, attribue les bruits du cœur uniquement à la contraction des ventricules, déclarant les oreillettes aphones. Suivant M. Rouanet, les bruits du cœur sont occasionnés par le jeu des valvules de cet organe. Il trouve dans les valvules des conditions physiques telles que ces replis ne peuvent manquer d'entrer en vibration alors qu'ils sont tendus par le reflux du sang. Il démontre qu'il y a coïncidence parfaite entre les bruits et le jeu des valvules, le premier bruit étant déterminé par la tension des valvules tricuspide et mitrale, lors de la systole du ventricule, le second bruit ayant lieu au moment où l'oreillette se contracte et que les valvules sygmoïdes se redressent. M. Magendie rejette toutes ces explications et admet, lui, comme causes du bruit du cœur le choc successif de la pointe et de la base de cet organe contre la paroi antérieure du thorax. Le premier bruit serait occasionné par la pointe du cœur pendant la systole, et le deuxième par la base du ventricule droit pendant la diastole. Cette théorie déjà signalée comme insuffisante par Laënnec, a été combattue depuis par M. Bouillaud, à l'aide d'expériences décisives. La théorie de M. Hope s'éloigne de toutes les autres; il pense que c'est le liquide lui-même qui produit le bruit par la collision qu'il éprouve. Au moment de la systole, la couche de liquide en contact avec les ventricules reçoit une impulsion qui, venant à se propager, non sans collision, de particule à particule, engendre le premier bruit. Au moment de la diastole, le sang venant de l'oreillette s'introduit avec violence dans les ventricules, mais la dilatation de ces derniers venant à s'arrêter brusquement, cela détermine une réaction contre le liquide admis dans la cavité ventriculaire; de là, la production du second bruit. Enfin M. Piorry conclut d'une série d'expériences : 1° que le jeu des valvules ne produit pas le bruit du cœur; 2° que les bruits du cœur droit sont plus forts que ceux du cœur gauche, et qu'enfin il est *tenté d'attribuer* le bruit sourd aux contractions du cœur gauche, et le bruit clair à celles du côté droit.

Il ne nous est pas possible d'entrer dans de plus grands détails sur ces théories diverses des bruits du cœur. Ce qu'il nous importe de constater, c'est l'existence de ces bruits sur un cœur qui fonctionne normalement; voyons en quoi ils peuvent être altérés dans l'état pathologique.

Les bruits du cœur peuvent présenter une intensité telle qu'ils pourront être perçus à une distance de plusieurs pieds. Ils peuvent être modifiés dans leur nature; ainsi le bruit de chaque temps peut être allongé et devenir plus sourd. Ils peuvent être, au contraire, plus éclatants. Ils peuvent être marqués ou accompagnés par un bruit de soufflet, de râpe, de lime, continu ou irrégulier, lié ou non à d'autres signes, et pouvant être perçus pendant le premier et le second bruit. Ce bruit particulier indique une altération des orifices artériels ou veineux, altération qui peut consister dans un rétrécissement de ces orifices, ou dans l'insuffisance des valvules qui permettent le retour du sang. Le rétrécissement de l'orifice artériel donne lieu à la production du bruit de râpe pendant le premier temps; le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire détermine ce même bruit pendant le deuxième temps. Dans l'insuffisance des valvules, il y a renversement complet de ces signes. Si les valvules artérielles sont ulcérées, percées, détruites, etc., le bruit de soufflet sera entendu pendant le second bruit; si l'insuffisance existe aux valvules tricuspide ou mitrale, il sera entendu pendant le premier bruit.

Le bruit de soufflet peut être permanent ou passager comme la cause qui le produit, telle qu'une cardite aiguë. Il importe de remarquer

aussi que lors même que la cause est permanente, il peut arriver qu'il disparaisse après une saignée. Il peut exister sans qu'aucune lésion en rende raison; mais les bruits de lime ou de râpe indiquent toujours un rétrécissement. Le bruit de soufflet, qui ne dépend d'aucune maladie organique du cœur, peut exister dans deux conditions opposées de l'économie : 1° dans l'état de pléthore, et alors une saignée ou l'apparition des règles, chez les femmes, le font disparaître; 2° dans le cas d'anémie survenue après des évacuations sanguines trop abondantes.

B. *Choc du cœur.* Dans l'état normal, les contractions du cœur ne donnent lieu à aucun mouvement de la tête, de la main ou du stéthoscope appliqués sur la région précordiale. Il en est tout autrement dans les cas d'hypertrophie. La main appliquée sur cette région est frappée et, pour ainsi dire, repoussée par les battements du cœur. C'est ce phénomène, désigné sous le nom d'*impulsion,* qui est quelquefois assez considérable pour être ressenti jusqu'à la partie postérieure du côté gauche de la poitrine.

C. *Rhythme du cœur.* Le rhythme du cœur peut changer et donner lieu à l'irrégularité soit dans la force des battements, soit dans leur retour.

Des obstacles placés aux orifices du cœur sont le plus ordinairement la cause de ce changement dans le rhythme ; il est aussi quelquefois occasionné par des concrétions sanguines formées pendant la vie.

D. *Étendue des battements.* Dans l'état normal, les battements ne sont entendus que dans un espace assez borné au délà de la région précordiale; mais, dans l'état pathologique, on les entend dans tout le côté gauche du thorax et souvent dans les parties antérieure et postérieure du côté droit. En général, cette étendue des battements est liée à l'état de dilatation des parois du cœur.

Malheureusement pour le médecin, la présence ou l'absence de ces signes n'indiquent pas toujours l'affection qu'il a à combattre. Dans certains cas, ils existent à un haut degré de développement lorsqu'il n'y a qu'une simple affection nerveuse; c'est là une immense difficulté de diagnostic. Dans d'autres, au contraire, le cœur peut acquérir un volume énorme sans donner lieu à aucune force d'impulsion, ni à aucun bruit particulier. Je sais qu'on a refusé d'admettre ces cas, mais il s'en est offert à mon observation et je ne peux m'empêcher d'y ajouter foi. Cette circonstance se présente quand le cœur s'hypertrophiant dans ses parois, ses cavités se dilatent d'autant, de manière à établir une sorte de compensation; alors l'apparente régularité de la grandeur des cavités masque l'affection.

Désordres organiques et fonctionnels dans la circulation artérielle. Ils doivent être étudiées : 1° dans les grosses artères; 2° dans les capillaires artériels.

1° Dans les grosses artères. Autrefois les médecins fondaient un des éléments de leur diagnostic sur l'état du pouls; ils lui accordaient une confiance sans bornes. Dans l'état actuel de la science on est très-réservé sur les indications qu'il fournit, car les altérations organiques du cœur ne lui font pas toujours subir des modifications. Étudions le pouls dans son rhythme, sa force, sa fréquence.

A. *Rhythme.* Théoriquement, on serait porté à croire que toutes les fois qu'un obstacle existera à l'orifice aortique, il devra y avoir dérangement dans le rhythme du pouls. L'observation ne confirme pas cette idée *à priori,* car il arrive que lorsque cet obstacle existe, il ne se traduit pas toujours par une intermittence du pouls, et il arrive aussi que cette intermittence existe sans qu'il y ait obstacle à la circulation. L'irrégularité du pouls sans obstacle à l'orifice aortique peut exister avec une simple hypertrophie du ventricule gauche, dont la cavité sera rétrécie ou dilatée, avec hypertrophie des deux ventricules, avec ou sans dilatation de leurs cavités, avec une simple augmentation de volume des cavités droites, les cavités gauches étant dans l'état normal.

Quand l'irrégularité du pouls est sous l'influence d'un obstacle à l'orifice aortique, elle marque ordinairement le début de l'affection, elle précède quelquefois de longtemps tous les autres symptômes. Celle au contraire qui n'est produite par aucun obstacle au dégorgement du sang dans l'aorte, ne se manifeste que pendant les moments ou s'exaspère la maladie du cœur, lorsque la dyspnée devient plus considérable et que l'hydropisie se produit ou augmente.

Dans quelques circonstances, l'irrégularité du pouls n'a lieu qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et il arrivera que, suivant l'heure de la journée, on trouvera les pulsations artérielles régulières ou irrégulières.

B. *Force.* La force des battements du pouls reste souvent à l'état normal. Le plus ordinairement, elle présente des différences notables, soit en plus, soit en moins. La force du pouls est augmentée dans les cas où l'orifice aortique étant libre, les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées, sans que la capacité de sa cavité soit augmentée ou diminuée.

La force du pouls est moindre, quand en même temps qu'il y a hypertrophie du ventricule gauche, sa cavité est très-rétrécie. Il peut en être de même, quand elle est très-dilatée.

La petitesse du pouls s'observe également, quand il existe un rétrécissement considérable de l'orifice aortique.

On la remarque aussi dans les cas où le

cœur présente un énorme volume dû, à la fois, et à la dilatation des cavités, et à une hypertrophie considérable des parois.

C. *Fréquence.* Elle est rarement augmentée; on l'observe dans les exaspérations. Quelquefois les pulsations artérielles sont diminuées de fréquence; d'autres fois elle reste dans l'état normal.

2° Dans les capillaires artériels. Le sang poussé avec trop de force par le ventricule gauche hypertrophié, afflue dans les capillaires artériels, et cet afflux se faisant sentir principalement à la tête, détermine des bouffées de chaleur au visage, de fréquents étourdissements, souvent des congestions sanguines véritables, quelquefois des hémorrhagies cérébrales.

Désordres organiques et fonctionnels dans la circulation veineuse. Étudions-les dans les gros troncs et dans les capillaires veineux.

1° Dans les gros troncs de cette portion du système sanguin, on observe un phénomène fort remarquable, connu sous le nom de *pouls veineux.* Il n'est aperçu que dans les troncs veineux voisins du cœur, il est sensible surtout aux jugulaires, et il dépend d'un reflux insolite du sang; sa présence est surtout constatée pendant les exacerbations.

2° Dans les capillaires veineux. Les désordres sont ici très-considérables. Ils se manifestent, soit par diverses congestions sur divers organes, soit par des épanchements séreux qui s'opèrent mécaniquement par l'obstacle qu'éprouve le sang à revenir librement des radicules veineuses vers le cœur.

A. *Congestions sanguines.* 1° Dans l'appareil respiratoire. Les congestions sanguines sont très-fréquentes dans la membrane muqueuse des voies aériennes, soit qu'il y ait rétrécissement ou dilatation des cavités du cœur, soit qu'il y ait hypertrophie ou amincissement, soit enfin que l'altération siége dans le cœur droit ou dans le cœur gauche. Le résultat, en effet, est le même dans tous ces cas, c'est le reflux ou la stagnation du sang dans les vaisseaux pulmonaires. La membrane muqueuse qui les tapisse, présente toutes les nuances de la coloration rouge, et cette congestion est annoncée pendant la vie par divers degrés dans la gêne de la respiration. Le premier degré est la fréquence de la respiration, fréquence nécessitée par le besoin de l'introduction d'une plus grande quantité d'air, dans un temps donné, pour vivifier le sang surabondant dans les vésicules pulmonaires. Cette stase du sang toute mécanique, qui ne donne lieu d'abord qu'à une accélération de l'acte respiratoire, finit ordinairement par déterminer une inflammation bronchique plus ou moins intense, qui se traduit par la dyspnée et la toux. Quelquefois les crachats sont mêlés de sang, et dans quelques cas, il survient une apoplexie pulmonaire. Le poumon est d'ailleurs presque constamment altéré dans les affections organiques du cœur, soit par un épanchement sanguin, soit par une infiltration séreuse qui œdématie le poumon. L'emphysème de cet organe est aussi une des lésions remarquables qui accompagnent les maladies du cœur. Presque toujours antérieur à elles, il est des cas cependant, où il leur est consécutif; c'est quand il est le résultat des efforts faits pour l'introduction de l'air.

Ainsi, toux et dyspnée, telles sont les altérations fonctionnelles qui résultent de ces altérations organiques. D'abord nulle au début, la toux apparaît de loin en loin, devient plus fréquente et enfin continuelle. L'hémoptysie survient aussi dans quelques cas, soit comme résultat mécanique de l'expression du sang à travers les lobules pulmonaires, soit comme celui de la force avec laquelle le cœur envoie le sang au poumon. La dyspnée est souvent le seul symptôme des maladies du cœur à leur début. Elle est alors peu prononcée, ne se fait sentir que pendant la marche, qu'après avoir monté un escalier, pendant le travail de la digestion. Mais elle augmente progressivement et il arrive une époque de la maladie, où l'essoufflement est continuel, où les malades éprouvent des crises telles qu'ils sont obligés de se lever, de marcher, d'ouvrir les fenêtres, et qu'ils sont sous l'imminence de la suffocation. Cette dyspnée présente des paroxysmes qui ont lieu ordinairement pendant la nuit.

2° Dans l'appareil digestif. La muqueuse digestive est presque toujours congestionnée dans les maladies du cœur, cette congestion est ordinairement un effet mécanique; il peut néanmoins arriver que l'on trouve des traces d'un véritable travail phlegmasique, dû soit à cette congestion veineuse, soit à l'administration de divers médicaments stimulants. L'irritation de l'estomac ou des intestins peut réagir sympathiquement sur le cœur, et exaspérer les accidents liés à l'affection de celui-ci.

3° Sur la peau. Plusieurs parties du tégument externe présentent une modification dans sa couleur; rarement cette modification est générale. La congestion partielle de la peau est surtout remarquable au visage, qui prend une couleur livide et violacée. Les membres peuvent aussi présenter cette couleur.

4° Dans le foie. Les congestions du foie sont très-fréquentes, surtout quand la maladie occupe les cavités droites du cœur. On trouve cet organe considérablement augmenté de volume, d'une couleur rouge intense, gorgé de sang qui ruissèle à la moindre pression. Sur le vivant, cette augmentation de volume se révèle par une tumeur plus ou moins considérable, située au-dessous des fausses côtes

droites; souvent il arrive qu'après une évacuation sanguine considérable, cette tumeur disparaît.

5° Dans la rate. Cet organe acquiert quelquefois un volume plus considérable, et se gorge de sang; plus souvent elle est plus petite, plus dense et plus dure.

B. *Congestions séreuses.* Elles ont lieu dans le tissu cellulaire et dans les séreuses.

1° Dans le tissu cellulaire. C'est toujours vers la partie inférieure des membres abdominaux, autour des malléoles que commence l'épanchement séreux du tissu cellulaire : peu à peu, s'étendant de bas en haut, il envahit la totalité des membres ; la face se tuméfie de bonne heure; le scrotum et le pénis, les grandes lèvres s'infiltrent graduellement ; les mains et les bras se tuméfient quelquefois en même temps que les malléoles ; mais l'infiltration des membres thoraciques est plus rare que celle des membres abdominaux.

2° Dans les membranes séreuses. Le péritoine est, de toutes ces membranes, celle qui se remplit le plus souvent de sérosité dans les affections organiques du cœur. L'ascite ne commence à se manifester qu'après que le tissu cellulaire s'est progressivement infiltré depuis les malléoles jusqu'à la partie supérieure des cuisses. L'accumulation de sérosité dans la plèvre et dans le péricarde, est beaucoup plus rare ; elle n'a pas été observée dans l'arachnoïde. Les congestions dans les membranes séreuses sont plus fréquentes dans les maladies du cœur droit, que dans celles du cœur gauche. Dans celles-ci, elles surviennent plus tard.

Il est très-remarquable que les congestions séreuses, soit celles du tissu cellulaire, soit celles des membranes, disparaissent quelquefois dans un espace de temps très-court, pour se reproduire plus tard. Cette disparition est tantôt suivie d'une amélioration dans tous les autres symptômes, tantôt, au contraire, elle entraîne rapidement la mort.

Chacun de ces symptômes peut se montrer isolé; ils peuvent se grouper, se combiner diversement, et traduire les altérations variées, dont le cœur est susceptible, altérations variables par leur intensité, leur caractère, etc. Voici, à peu près, l'ordre de succession et de combinaison, que ces symptômes affectent ordinairement. Au début, quelques malades n'éprouvent que de légères palpitations, quelques autres ne présentent, pendant longtemps, que de la dyspnée plus ou moins intense, dyspnée qui revient par accès ou qui est continue, ce qui fait croire aux malades qu'ils deviennent asthmatiques. On en trouve qui, n'ayant jamais été affectés de palpitations ou de dyspnée, présentent, cependant, un commencement d'infiltration qui, peu à peu, devient générale. Ainsi, les palpitations, la dyspnée et l'infiltration peuvent exister à l'état d'isolement, et pendant une durée variable. Mais il n'en est pas toujours ainsi; les palpitations peuvent se montrer dès le début, et tout à coup, à un haut degré d'intensité; une dyspnée suffocante peut saisir brusquement le malade ; l'hydropisie peut se former instantanément ; enfin, le début peut être annoncé par une péricardite, une cardite ou une endocardite.

Une fois confirmée, la maladie peut suivre une marche chronique, et souvent mener les sujets à un âge fort avancé; on voit des malades qui, depuis l'âge de vingt ans, sont tourmentés par des palpitations, et qui sont arrivés à cinquante ou soixante ans, sans aggravation notable. Dans quelques cas, au contraire, elle peut, en quelques mois, parcourir toutes ses périodes, et emporter le malade après un temps très-court.

Diagnostic. A toutes les périodes des maladies du cœur, et surtout à une époque avancée de leur cours, il est souvent difficile, quelquefois impossible de les distinguer.

Dans l'hypertrophie concentrique, la percussion et l'auscultation ne donnent aucun signe d'une modification notable ; mais l'impulsion est forte, et presque toujours appréciable à la main.

Dans l'hypertrophie excentrique, l'impulsion est beaucoup plus forte, les battements sont sensibles au toucher, quelquefois à la vue ; la région précordiale rend un son mat dans une étendue plus ou moins considérable. L'oreille distingue un bruit beaucoup plus fort et plus éclatant que dans l'état normal si la dilatation est considérable, et plus sourd quand elle est moindre. Le bruit de soufflet peut aussi être entendu. Dans l'hypertrophie du côté gauche, les pulsations artérielles sont dures, larges et comparables quelquefois à une corde tendue qui serait brusquement soulevée. L'hypertrophie du côté droit exerce principalement son influence sur les poumons et la circulation veineuse. Il y a alors gêne de la respiration et dyspnée considérables.

Dans la dilatation avec amincissement, les palpitations sont sourdes, et se prolongent péniblement ; le pouls est régulier, mais faible et petit. Il y a matité plus ou moins étendue dans la région précordiale ; la force d'impulsion du cœur est diminuée, et disparaît quelquefois complètement; la clarté des bruits du cœur est augmentée.

Dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et droit, il y a bruit de soufflet, de râpe ou de lime, qui remplace le second bruit du cœur. Le pouls est petit et intermittent, surtout dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Dans le rétrécissement des orifices aortiques et pulmonaires, on entend un bruit morbide, remplaçant le premier bruit.

Dans l'insuffisance des valvules mitrales et tricuspides, il y a bruit de soufflet au premier temps.

Dans l'insuffisance des valvules aortiques et pulmonaires, bruit de soufflet sensible au cœur et dans une étendue plus ou moins grande de la région précordiale, se faisant entendre au second bruit du cœur.

Le pronostic de toutes ces affections est fâcheux en général; l'hydropisie le rend plus grave. Il existe cependant des faits qui ne permettent pas de douter que de véritables hypertrophies du cœur ne puissent guérir. Il est une circonstance où le médecin le plus habile peut se tromper, et peut commettre une erreur malheureusement inévitable, c'est lorsqu'il existe une névrose du cœur. Les phénomènes morbides sont entièrement identiques, et ce n'est que par des informations minutieuses sur le début, la marche, sur quelques nuances délicates que l'observation attentive pourra faire découvrir, qu'il sera possible quelquefois de distinguer ces affections.

Une mort subite n'arrive que dans les cas où il existe un caillot dans le cœur ou qu'il y a rupture de cet organe. La cause ordinaire de la mort est l'asphyxie. Les hydropisies, les hémorrhagies cérébrales, les inflammations intercurrentes qui peuvent survenir, amènent souvent une terminaison prompte et funeste.

Traitement. Dans l'hypertrophie avec ou sans dilatation, les émissions sanguines doivent occuper le premier rang, surtout quand on a à combattre ces affections sur des sujets jeunes, forts et pléthoriques. La petitesse du pouls ne doit pas être un obstacle à la saignée, quand ce phénomène n'est dû qu'à un obstacle à la circulation. Quand l'hydropisie débute, la saignée n'est pas contre-indiquée; elle l'est beaucoup, au contraire, quand cette affection a une certaine durée, et l'on doit s'abstenir de toute évacuation sanguine, quand la diathèse séreuse est bien formée.

A côté des saignées viennent se ranger des moyens appelés déprimants, et au premier rang, on doit placer la digitale. On obtient de son administration des succès fort remarquables, si elle n'irrite pas les voies digestives ou le système nerveux. On l'administre en poudre, en teinture et en infusion. L'acétate de plomb et le cyanure de potassium sont aussi employés comme moyens sédatifs.

Les malades doivent garder le repos, prendre peu d'aliments, et les choisir parmi les viandes blanches, le poisson, les végétaux herbacés; ils s'abstiendront de toute liqueur excitante et de tous les mets épicés. Il faudra les soustraire à toute émotion vive, et à tout ce qui provoque un ébranlement quelconque.

Dans l'amincissement avec dilatation des cavités, le traitement doit être essentiellement opposé. Au lieu d'antiphlogistiques, il faut avoir recours aux toniques, aux ferrugineux, à une nourriture substantielle. Dans ces cas là, il faut se garder d'affaiblir le cœur; car il a besoin de forces pour surmonter l'obstacle au cours du sang.

INDURATION DU COEUR.

L'induration du cœur peut exister avec ou sans son hypertrophie; le premier cas est le plus ordinaire. Dans cet état, le cœur présente une dureté si considérable que sa substance devient presque inflexible. Il ne donne lieu à aucun phénomène pendant la vie.

RAMOLLISSEMENT DU COEUR.

La diminution, dans la consistance du cœur, ou son ramollissement, peut se présenter comme complication de toutes ses lésions organiques, et surtout de la cardite. Mais cette altération peut être idiopathique. Elle a des caractères particuliers. La couleur du cœur est alors d'une teinte livide violette, ou bien d'une teinte jaunâtre, comparable à celle des feuilles mortes, ou bien encore présentant une teinte d'un blanc mat. Le cœur peut présenter une flaccidité extrême, une mollesse telle que la pression du doigt suffit pour le déchirer; enfin, quelquefois la substance du cœur est tout à fait diffluente.

Le ramollissement du cœur est général ou partiel.

Dans quelques cas, il est évidemment le résultat de l'inflammation, mais dans bien d'autres, il est impossible de lui assigner cette cause, ni quelle autre que ce soit.

Quand le ramollissement accompagne la cardite, ses symptômes se confondent avec ceux de cette phlegmasie. Quand il existe seul, ils sont peu prononcés. M. Louis a établi que, dans ces cas, le pouls était tremblotant et intermittent. Laënnec présumait que le cœur était ramolli, quand, au milieu d'une maladie organique du cœur, il survenait tout à coup une grande anxiété. Il diagnostiquait aussi le ramollissement jaune, quand chez les anévrysmatiques, la peau, le teint, les lèvres étaient pâles.

A. PRODUCTIONS MORBIDES.

PRODUITS AVEC LEUR ANALOGUE DANS L'ÉTAT SAIN. — DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU COEUR.

Il n'est pas vrai de dire que le cœur dégénère en graisse; dans les cas où l'on trouve cette prétendue dégénérescence, ce n'est qu'une infiltration de graisse, au milieu du tissu musculaire du cœur qui se décolore, s'atrophie, et finit par disparaître, au point que la fibre musculaire semble être devenue graisseuse. Dans cet état, le cœur ne pouvant plus se

contracter, on pense bien qu'il existe des syncopes, des lypothymies, et que la mort doit en être la conséquence.

Cette altération est assez rare.

PRODUITS FIBREUX, CARTILAGINEUX ET OSSEUX.

Le tissu fibreux existe normalement dans le cœur, autour des orifices, sur le corps même des valvules. Ce tissu peut augmenter de volume, il peut s'en produire un de nouvelle formation, qui peut faire saillie, soit en dedans, soit en dehors du cœur, dans le péricarde.

La même chose arrive pour le tissu cartilagineux.

De ces productions, la plus remarquable est la matière ossiforme. Cette matière se développe : 1° dans le tissu cellulaire du cœur; 2° dans le tissu fibreux, surtout, en vertu de cette grande loi générale, que le tissu fibreux est la matrice du tissu osseux, qui envahit l'autre, à une certaine époque de la vie; 3° dans les cordes tendineuses des valvules; 4° dans les valvules; 5° dans les fibres musculaires.

Les produits ossiformes fibreux sont plus communs au cœur gauche. Quand ils sont peu développés et situés en dehors des orifices, ils ne causent aucun trouble fonctionnel; mais quand ils existent au dedans et qu'ils altèrent les fonctions des valvules, ils donnent lieu aux signes et aux symptômes propres au rétrécissement des orifices.

Il ne faut pas refuser d'admettre que l'inflammation est une cause fréquente des productions osseuses. Des faits positifs et nombreux attestent l'efficacité de cette cause. La vieillesse est aussi une cause puissante d'ossification, et c'est dans cette période de la vie, que se montre cette disposition particulière du tissu fibreux, à se transformer en tissu osseux.

PRODUITS SANS ANALOGUE.

Tubercules. Très-rares chez l'homme; quand on en trouve dans le cœur, il en existe constamment dans la plupart des autres viscères.

Cancer. A été plusieurs fois observé. Il est partiel ou général, situé au côté droit ou au côté gauche en masses disséminées, ou sous la forme d'une tumeur qui semble sur-ajoutée au cœur. Sur douze cas observés jusqu'ici, huit fois le cancer était borné au cœur, quatre fois il avait atteint d'autres organes. On en connaît un exemple où le cancer, borné d'abord au cœur, s'est porté successivement au cerveau, aux poumons, à la rate, etc. Presque tous ont été observés à un âge avancé de la vie; une fois sur un enfant de trois mois.

Le plus souvent, le cancer du cœur ne donne lieu à aucun symptôme; ceux qu'il présente se confondent avec ceux d'une maladie organique, ou bien avec les symptômes généraux de la diathèse cancéreuse.

Les *kystes séreux* et les *hydatides* du cœur sont fort rares, et quand ils existent, il est à peu près impossible d'annoncer leur existence, et de leur opposer un traitement.

Végétations et lésions congéniales. (Voyez *Précis d'Anatomie pathologique*).

E. LÉSIONS D'INNERVATION.

Le cœur peut être altéré dans sa sensibilité et dans sa motilité.

1° *Lésion de la sensibilité du cœur.*

Elle constitue l'*angine de poitrine*.

Cette maladie est caractérisée par une douleur constrictive et déchirante de la poitrine, douleur qui s'étend le long du col, de l'épaule et du bras, avec angoisse et suffocation, revenant, par accès, à des intervalles plus ou moins éloignés. Confondue autrefois sous le nom d'asthme, on en trouve la description dans les auteurs anciens, et quoiqu'elle ait été l'objet des recherches de plusieurs médecins, son histoire est encore assez obscure.

Caractères anatomiques. Les résultats fournis par l'anatomie pathologique, sont incertains. Dans presque toutes les autopsies des sujets qui ont succombé à cette affection, on a trouvé une ossification plus ou moins complète des artères coronaires du cœur. On a trouvé des lésions de l'aorte et des valvules mitrales, lésions qui consistaient en une dilatation plus ou moins grande de l'aorte, en des épaississements, des ulcérations et des incrustations osseuses de ce vaisseau et de la valvule mitrale. On a trouvé aussi l'hypertrophie du cœur gauche, des dilatations avec amincissement du ventricule droit, des indurations et des ossifications du cœur, l'accumulation de graisse dans le médiastin, des épanchements dans les plèvres et dans le péricarde. Les poumons ont été le plus ordinairement trouvés à l'état normal.

Causes. L'angine de poitrine a été observée dans tous les climats, dans toutes les saisons, et sous l'influence de toutes les températures. On l'a remarquée plus souvent chez les hommes que chez les femmes; elle arrive rarement avant l'âge de quarante à cinquante ans; cependant, on en a cité des exemples sur des individus de trente ans et même sur des enfants. On a dit que la goutte et le rhumatisme prédisposaient à cette maladie.

Les causes qui déterminent les accès, sont un air vif et froid, tous les mouvements musculaires brusques, la marche dans une direction contraire à celle du vent, les excès d'alimentation et les boissons alcooliques, les émotions vives de l'âme, enfin tout ce qui peut occasionner, vers le cœur, un plus grand afflux de sang.

Symptômes. L'invasion de cette maladie

est ordinairement soudaine, elle arrive au milieu de la santé la plus florissante. Le plus souvent, sans cause appréciable, ou bien après une marche ou l'ascension d'un escalier, le malade éprouve tout à coup un resserrement douloureux, une angoisse inexprimable vers la région du cœur, qui l'oblige à s'arrêter. Cette douleur, quelquefois atroce, et dont le caractère varie, cesse après quelques minutes, ou même après quelques secondes, en laissant le malade dans son état habituel, mais sous une impression de tristesse et d'inquiétude. Après un temps plus ou moins éloigné, ces douleurs se renouvellent sous l'influence d'un mouvement violent, d'un accès de colère ou d'un écart de régime. D'abord légères, et revenant à des intervalles éloignés, ces attaques deviennent ensuite plus fréquentes, et apparaissent sous l'influence de la cause la plus légère. Tantôt elles éclatent brusquement, tantôt elles sont précédées de bâillements et de chaleur dans la poitrine. Il arrive une époque où les accès se montrent chaque jour, et même plusieurs fois le jour. La sensation de constriction et d'angoisse de la poitrine, s'accompagne d'une douleur plus vive de jour en jour, et qui s'irradie dans le col, dans les membres supérieurs, et qui s'étend quelquefois jusqu'à l'extrémité des doigts.

Il est bien remarquable que, dans cette maladie où la suffocation paraît imminente, la respiration ne soit autrement altérée que par un peu de fréquence. Ce qui distingue cette affection de la dyspnée produite par une maladie organique du cœur, c'est la facilité avec laquelle les malades font de profondes inspirations, et les attitudes qu'ils prennent, qui sont plutôt commandées par la douleur que par la dyspnée. En général, ils compriment leur poitrine, et restent immobiles par crainte du mouvement. Leurs forces sont anéanties, leur face est pâle, les traits contractés, les extrémités froides et couvertes d'une sueur visqueuse. Les contractions du cœur sont faibles; il n'y a de palpitations que dans les cas de complication de maladie de cet organe; le pouls est fréquent, quelquefois inégal et très-faible. A la fin des accès, il survient des vomissements, des expectorations de matières muqueuses, une évacuation abondante de gaz qui semblent soulager le malade. Les facultés intellectuelles restent intactes.

Dans l'intervalle des accès, les malades, après avoir éprouvé, pendant quelque temps, un sentiment de faiblesse et de brisement, peuvent présenter les apparences de la santé.

Quand l'angine de poitrine est compliquée d'affections du cœur ou des poumons, les symptômes empruntent de ces maladies leurs caractères particuliers et la santé se trouve plus ou moins altérée dans l'intervalle des attaques.

Durée, terminaison. La durée de la maladie est très-variable, et sa terminaison presque toujours funeste. La mort arrive ordinairement d'une manière subite, tantôt au milieu d'un accès, tantôt dans une syncope, quelquefois sans cause apparente, le plus ordinairement pendant la marche ou à la suite d'une émotion quelconque. Cette terminaison fatale peut arriver à toutes les époques de la maladie; elle est d'autant plus à craindre que l'affection est plus ancienne et plus intense.

Pronostic. Il est toujours fâcheux, car il est très-rare de voir guérir les individus qui ont présenté des symptômes bien caractérisés de l'angine de poitrine.

La *nature* de cette affection est encore hypothétique. Les altérations cadavériques que l'on a trouvées sont-elles une simple coïncidence, ou bien caractérisent-elles le siége de la maladie? C'est ce que, dans l'état actuel de la science, il serait téméraire d'affirmer; de nouvelles recherches sur ce point de pathologie sont nécessaires.

Traitement. Dans le plus grand nombre des cas, on ne peut employer que des moyens palliatifs. Les antispasmodiques les plus énergiques sont souvent sans succès. Cependant quelques exemples incontestables de guérison doivent soutenir l'espoir du médecin, et dans ces circonstances, il prescrira l'opium, le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, l'eau de laurier-cerise, l'oxyde de zinc, etc.

Quand on a lieu de croire que l'angine de poitrine coïncide avec une altération organique du cœur, il faut employer contre celle-ci les moyens usités. Si la maladie a succédé à un rhumatisme ou à la goutte, on cherche à faire reparaître ces affections sur les lieux qu'elles occupaient.

Il est très-important de soustraire les malades aux causes occasionnelles qui déterminent les accès. On leur fera observer un régime sévère, on leur prescrira un exercice modéré, quelques bains, et l'on éloignera d'eux tout ce qui pourra occasionner une émotion morale et par suite un afflux du sang vers le cœur.

2° *Lésion de la motilité du cœur.*

Cette lésion se traduit par des palpitations. Elles sont idiopathiques ou liées à une maladie nerveuse générale comme l'hystérie. Elles naissent sous l'influence d'émotions morales, d'excès vénériens, de travaux intellectuels, etc. Les palpitations peuvent simuler toutes les lésions organiques du cœur, et, quand on veut éclairer son diagnostic, ce n'est pas au moment où elles existent qu'il faut en rechercher la cause, c'est pendant l'intervalle des accès que l'on verra si la dyspnée est ou n'est point habituelle, si l'auscultation fait ou ne fait pas entendre un bruit anormal du cœur, etc. L'étude des causes, le début de la maladie, sa marche seront encore propres à lever les dou-

tes qui pourraient exister; ainsi, si les palpitations sont nerveuses, le malade pourra, dans les intervalles, se livrer à des exercices violents sans qu'elles reparaissent, ce qui n'aurait pas lieu impunément si elles étaient liées à une altération organique du cœur.

Dans ces palpitations nerveuses, la première chose à faire c'est d'éloigner les causes sous l'influence desquelles elles paraissent. On prescrira un régime doux, de l'exercice, des bains, et on fera usage de la digitale.

La pléthore et l'anémie sont des causes de palpitations; dans la première, il faut faire usage d'émissions sanguines; dans la seconde, de toniques.

—

MALADIES DES ARTÈRES.

LÉSION DE CIRCULATION.

Les congestions sanguines et les hypérémies actives des artères sont encore inconnues; l'hypérémie passive s'observe souvent sur les cadavres.

L'inflammation des artères a été fort bien décrite dans ces derniers temps par M. Gendrin; nous allons lui emprunter ce que nous avons à en dire.

ARTÉRITE.

Caractères anatomiques. Les premières recherches sur l'inflammation des artères ont été faites au moyen d'expériences sur des animaux vivants. Si on aplatit mécaniquement une artère de manière à la soumettre à une pression assez forte pour produire l'irritation, on remarque qu'après douze ou quinze heures une fausse membrane s'est produite dans l'intérieur du calibre de l'artère, que le sang s'est coagulé et a formé un caillot. Cette fausse membrane n'est donc que le résultat d'une exsudation plastique. Si on enlève le caillot et la membrane de nouvelle formation, on trouve la tunique interne de l'artère rouge, molasse, friable, terne, ayant l'aspect granuleux; mais la congestion est surtout sensible dans le tissu cellulaire délié, situé entre les tuniques interne et moyenne; cette dernière et la plus externe sont infiltrées par une sérosité rougeâtre. A une époque plus éloignée, la membrane interne est plus rugueuse, plus épaisse, opaque, se détachant plus facilement; les deux autres membranes sont aussi plus friables; enfin plus tard encore, il arrive un moment, où elles ne forment plus qu'une masse uniforme qui se déchire avec la plus grande facilité.

Si, au lieu de cette expérience, on fait deux ligatures à une artère, après l'avoir préalablement vidée, et si on injecte une substance irritante dans l'espace circonscrit, on peut suivre à l'œil la sécrétion de la matière plastique, analogue à celle que sécrètent les membranes séreuses.

Enfin si on introduit un corps étranger dans l'artère, on voit qu'il y a d'abord production du pus, et plus tard des ulcérations.

Les mêmes altérations anatomiques se rencontrent dans l'artérite. Augmentation de la vascularité de la partie externe du vaisseau, rougeur de l'artère, friabilité du tissu cellulaire interposé entre la membrane interne et la moyenne, épaisseur et rugosité de la membrane interne, friabilité des parois de l'artère, fausses membranes, telles sont les altérations observées à la suite de l'artérite.

Causes. L'artérite survient souvent sans causes appréciables. Elle a été observée à la suite de ligatures, et quelquefois, mais très-rarement, elle a été le résultat de la vaste inflammation du phlegmon.

Cette maladie a été plus souvent observée sur les adultes et les personnes âgées que sur les enfants.

Symptômes. Ils sont encore peu connus, quoi qu'en aient dit quelques médecins. On a dit que le mouvement fébrile avec réaction, autrement dit que la fièvre inflammatoire de Pinel et l'angéite de Thommassini, était le symptôme prédominant de cette affection; voici ce que l'on sait de plus certain : si l'inflammation porte sur une artère volumineuse, le malade ressent une douleur le long de son trajet; elle bat plus fortement que dans l'état normal, elle bat plus fort là surtout où le sang afflue et séjourne. Le bruit de soufflet a été quelquefois entendu, et ce fait peut parfaitement être expliqué par la formation de fausses membranes dans l'intérieur de l'artère, qui forment un obstacle au cours du sang; or, on sait que toutes les fois qu'un canal artériel est rétréci, il y a production d'un bruit anormal.

Lorsque l'inflammation s'est étendue à une partie considérable du système artériel, il peut arriver que le vaisseau soit obturé, et alors les parties auxquelles le sang n'arrive plus, peuvent tomber en gangrène.

Dans un cas où l'inflammation était bornée à l'aorte, voici ce qu'on observa : un homme après avoir été soumis à un refroidissement éprouva un sentiment de constriction à la poitrine, qui se dissipa peu à peu. Quelques jours après, sous l'influence d'une émotion morale, cet homme fut pris d'une dyspnée considérable, qui se montra intermittente, et qui fit place à une vive douleur sous-sternale; le pouls marquait quatre-vingts pulsations. Le malade succomba dans un accès de dyspnée, et à l'autopsie on ne trouva d'autre altération que des traces non équivoques de l'inflammation de l'aorte.

Les mêmes symptômes ont été observés dans l'inflammation de l'artère pulmonaire.

L'artérite, celle surtout des membres inférieurs, se termine fréquemment par la mort.

Traitement. Si les symptômes généraux sont très-prononcés et que la force du sujet le permette, on devra employer les émissions sanguines générales, et l'application des sangsues sur le trajet de l'artère enflammée. Le membre sera tenu dans une position horizontale; on s'abstiendra de topiques pour se borner à des lotions d'eau tiède; on donnera de l'opium pour calmer les douleurs, et on prescrira la diète, le repos et les boissons adoucissantes.

HÉMORRHAGIES DES ARTÈRES.

Les hémorrhagies des artères ont lieu dans l'intérieur même de leurs parois. J'ai vu sur un vieillard les tuniques disséquées et séparées par une infiltration de sang.

On ne connaît pas de lésions de sécrétion des artères.

LÉSION DE NUTRITION.

ANÉVRISMES INTERNES.

Les parois des artères peuvent s'hypertrophier avec ou sans diminution de leur calibre; elles peuvent s'amincir avec diminution ou augmentation de ce même calibre, et dans ce dernier cas, la cavité de l'artère peut se dilater soit dans toute son étendue, soit dans une partie seulement; c'est à ces altérations que l'on donne le nom d'*anévrisme vrai*, par opposition à celui d'*anévrisme faux* consacré à une tumeur formée par du sang qui s'est amassé dans un kyste celluleux, à la faveur soit d'une ulcération, soit d'une perforation des membranes propres d'une artère. Dans cette dernière espèce d'anévrysme, la tumeur peut être formée par la dilatation de la tunique extérieure de l'artère, les membranes interne et moyenne ayant subi une solution de continuité (*anévrisme mixte externe*), ou bien elle peut être formée par la dilatation des membranes interne et moyenne à travers une solution de continuité de l'externe (*anévrisme mixte interne* (1).

Les tumeurs anévrysmales font éprouver des altérations diverses aux parties avec lesquelles elles sont en contact. A mesure qu'elles augmentent, elles s'approprient le tissu cellulaire environnant qui vient accroître l'épaisseur des parois artérielles. Au moyen de ce tissu cellulaire elles contractent des adhérences avec les parties voisines, et à mesure que leur volume augmente, elles les compriment, les refoulent, et peuvent même les détruire par l'inflammation qu'elles occasionnent. Les os sont soulevés, atrophiés, usés encore plus facilement que les parties molles. Le sac anévrysmal finit lui-même par s'altérer et se perforer, et cet accident peut donner lieu à une hémorrhagie qui sera mortelle si rien ne vient la borner, ou simplement débilitante si d'anciennes adhérences en bornent l'étendue et donnent lieu à un second sac, qui lui-même se rompra un peu plus tard et entraînera une terminaison funeste. Il peut arriver cependant, et cela s'observe surtout dans la dilatation partielle des artères, que le coagulum fibrineux qui se forme dans le sac anévrysmal, s'organise dans ses couches extérieures, et que le reste étant absorbé, il s'opère une espèce de rétraction des parois artérielles dilatées qui rendra la rupture impossible. C'est à ce phénomène qu'on donne le nom de guérison *spontanée*.

(1) La science ne possède qu'un seul cas de cette dernière espèce d'anévrisme observé par MM. Dubois et Dupuytren; encore Béclard en a-t-il contesté l'existence.

ANÉVRISMES DE L'AORTE.

Les anévrismes de l'aorte s'observent dans toutes les parties de son étendue et sous les différentes formes que nous avons énumérées.

La dilatation de cette artère peut exister dans toute sa circonférence, dans une étendue plus ou moins considérable de son trajet, quelquefois dans toute sa longueur, mais le plus ordinairement à une partie seulement. La portion qui est le plus fréquemment atteinte par cette altération est la portion thoracique.

Les causes sous l'influence desquelles se manifestent les anévrismes de l'aorte sont fort obscures. L'hypertrophie du cœur, l'isolement de cette artère, la fréquence des produits accidentels dont elle est le siége, les vêtements étroits, l'intempérance, les émotions morales, en un mot, tout ce qui tend à troubler ou à rendre plus énergique la circulation; toutes ces causes peuvent déterminer l'affection qui nous occupe.

Quel que soit son siége, l'anévrysme de l'aorte a presque toujours une terminaison funeste, soit par la rupture du sac, soit par les accidents consécutifs qu'il détermine.

Symptômes de l'anévrisme de l'aorte thoracique. Ils sont quelquefois nuls, quand la tumeur est peu considérable et quand elle est située loin des parois thoraciques. Le plus ordinairement on observe de battements insolites existant le long du sternum; battements qu'on peut apprécier par la vue, par le toucher et par l'ouïe. Ces battements peuvent se faire sentir sur les côtes et leurs cartilages, le long du dos, à la partie inférieure du cou. L'auscultation fait reconnaître ou un simple choc, ou un double battement dont on ne peut guère se rendre compte, et qui existe surtout le long des cartilages costaux du côté droit. Elle donne aussi la sensation d'un bruissement particu-

lier et quelquefois d'un véritable bruit de soufflet.

Quand la tumeur est plus considérable, on pourra, dans certains cas, constater son existence sous les côtes ou derrière le sternum. Elle peut user et détruire ces organes et donner lieu à des hémorrhagies foudroyantes. Dans quelques cas rares, une tumeur telle que celle dont nous venons de parler, a subitement disparu, non pas qu'elle fût résorbée, mais parce qu'elle changeait de place en refoulant d'autres organes.

Cette tumeur, par sa pression sur les poumons, détermine une gêne progressive de la respiration. Elle peut presser sur la trachée, et alors on entendra, dans l'inspiration et l'expiration, un sifflement remarquable, et, dans le timbre de la voix, une notable altération. Si c'est l'œsophage que comprime la tumeur, il y aura gêne dans la déglutition. Si le cœur est comprimé, on remarquera des défaillances passagères et tous les symptômes qui pourraient faire croire à une altération organique de ce viscère. La compression de la tumeur sur les veines, déterminera la stase du sang dans leurs ramuscules et la dilatation variqueuse des vaisseaux superficiels du bras et de la poitrine; si c'est sur l'artère sous-clavière et les nerfs du plexus brachial que cette compression s'exerce, le pouls sera affaibli ou même supprimé. La chaleur du bras correspondant sera diminuée, et il présentera des fourmillements et de l'engourdissement. Enfin, en comprimant le canal vertébral, la tumeur anévrysmale peut produire une paralysie instantanée.

La douleur n'est pas constante; elle est quelquefois faible, sourde et ne constituant qu'une simple gêne D'autres fois, au contraire, elle est vive, se faisant sentir sous les côtes, sous le sternum, dans le dos et s'irradiant dans tous les points du thorax. C'est souvent le seul symptôme qu'on observe; il n'y a ni battement, ni tumeur, mais des douleurs fort singulières qu'on ne sait à quoi rapporter et qu'on peut confondre avec des douleurs névralgiques ou rhumatismales.

Il ne faut pas attacher trop d'importance au son mat que la percussion fait reconnaître le long du sternum; il est arrivé que des masses cancéreuses ayant envahi le médiastin, soulevaient le cœur et le sternum et donnaient lieu à ce son mat et à tous les symptômes de l'anévrysme et de l'aorte.

Par suite de l'obstacle mécanique que la tumeur apporte dans la respiration, les malades sont obligés de changer souvent de position; en général, ils reviennent à celle dans laquelle la pression sur la trachée est moins forte. Quelques-uns ont de la toux, rendent des crachats écumeux, quelquefois sanguinolents et présentent une dyspnée plus ou moins considérable.

Cependant la tumeur fait des progrès, et des battements, d'abord obscurs, puis de plus en plus manifestes, se font sentir dans la région qu'elle occupe, battements isochrones à ceux du pouls, mais distincts par leur siége et par leur rhythme de ceux du cœur. Elle peut faire saillie à l'ouverture supérieure de la poitrine; mais le plus ordinairement se portant vers les parois de cette cavité, elle les amincit peu à peu et les détruit. Quand elle est située vers les parties latérales, elle use les côtes; vers le sternum, elle le perce; vers la clavicule, elle la désarticule et, quelquefois, la détruit. Quel que soit son siége, elle se présente sous une forme irrégulièrement arrondie, plus élevée à son centre qu'à sa circonférence. La tumeur anévrismale de la courbure de l'aorte se montre à droite et en avant; celle qui naît de l'origine de l'aorte se manifeste au niveau des cartilages des cinquième et sixième côtes droites. Celle qui vient de la partie antérieure de sa courbure, se montre au niveau des troisième et quatrième, et celle qui se montre au-dessus du sternum provient de la partie la plus élevée de la crosse. Leur volume est fort variable.

La terminaison ordinaire de ces tumeurs est la rupture, qui a lieu de plusieurs manières. Tantôt c'est une simple déchirure, tantôt une escharre; tantôt à la fois déchirure et escharre. La terminaison par simple rupture est la plus commune dans les anévrysmes de l'aorte pectorale. Ces anévrysmes peuvent s'ouvrir dans l'artère pulmonaire, dans la trachée, dans la plèvre et le poumon gauche. dans la bronche du même côté, quelquefois enfin, dans l'oreillette droite.

Cette rupture se traduira toujours par des symptômes violents, soudains et variables selon le lieu dans lequel la poche se sera ouverte. Si c'est dans la plèvre, il y aura dyspnée suffocante, défaillance, petitesse du pouls, pâleur, refroidissement et son mat dans tout le côté gauche de la poitrine. Si c'est dans l'œsophage, des vomissements de sang et des selles sanguinolentes surviendront; si c'est dans la trachée, il y aura hémoptysie abondante; si c'est dans le péricarde, la circulation éprouvera un grand trouble et les malades périront par une sorte d'engourdissement et de torpeur qui s'emparera successivement de tout le corps.

La mort peut arriver avant la rupture du sac anévrysmal, soit par la pression que la tumeur exerce sur l'œsophage, et qui peut faire périr les malades d'une véritable inanition, soit par l'asphyxie déterminée par l'aplatissement de la trachée, soit enfin par toute autre maladie.

Symptômes de l'anévrisme de l'aorte ab-

dominale. Dans un grand nombre de cas, on n'observe rien qui puisse en faire soupçonner l'existence. Quand il est peu volumineux, l'autopsie seule le fait découvrir. Quelquefois cependant on observe des troubles et un ensemble de phénomènes qui en peuvent devenir les signes pathognomoniques. Ainsi il sera facile de constater, en un point quelconque de l'abdomen, une tumeur de volume variable. Cette tumeur ne peut pas être toujours perceptible ; on peut la trouver un jour et ne pas la rencontrer un autre ; aussi ne faut-il pas se borner à un seul examen. Cette tumeur peut déplacer les intestins pousser en avant l'estomac, à travers lequel on peut la sentir. Elle offre à la main des battements isochrones à ceux du cœur, elle peut présenter aussi un bruit de soufflet. Il est important de se souvenir que beaucoup de tumeurs abdominales peuvent être prises pour un anévrysme, à cause des battements qu'elles offrent, occasionnés par l'impulsion de l'aorte. A ces signes locaux, viendront se joindre la gêne des fonctions de l'estomac et des intestins, des vomissements, des coliques, l'infiltration des extrémités inférieures. Quand la tumeur se porte en arrière, elle se place à gauche de la colonne vertébrale, détruit tout ce qu'elle comprime, peut faire saillie à l'extérieur et présenter des battements comme dans les anévrysmes de l'aorte pectorale.

Ces anévrismes peuvent s'ouvrir, soit dans l'estomac et les intestins, soit dans la cavité du péritoine, soit dans le tissu sous-séreux qui est sous cette membrane.

Anévrysme de l'artère coronaire du cœur. On n'en connaît qu'un exemple. On a observé dans ce cas une douleur profonde sous le sternum, revenant périodiquement la nuit, alors que le malade était couché horizontalement et cessant aussitôt qu'il était debout. Cette douleur était intermittente, et n'empêchait pas le malade de vaquer à ses occupations ; mais un soir en se mettant au lit, il éprouva une vive douleur au dos et à l'occiput et tout à coup tomba mort, frappé par un épanchement dans le péricarde.

Anévrisme de l'artère basilaire. M. Serres en a publié une observation. Le sac anévrysmal s'était rompu, et avait déterminé une apoplexie qui avait été précédée de pesanteur de tête.

Anévrisme du tronc cœliaque. Autrefois on le croyait très-fréquent. Morgagni et les auteurs qui ont admis la fréquence de cette affection, se sont appuyés plus sur ce qui pouvait être que sur l'expérience directe.

Les anévrysmes des artères hépathiques, coronaires, stomachiques, rénales, mésentériques, etc., sont très-rares, et quand ils existent, leur diagnostic est fort obscur.

Traitement. Chercher à modérer l'impulsion du sang contre les parois du sac, à obtenir par la coagulation du sang la formation de couches lamelleuses, telles sont les indications à remplir. Les saignées, une diète sévère et un repos complet du corps et de l'esprit, sont les moyens que l'on emploie pour arriver à ces résultats. Malheureusement, ils sont presque toujours sans succès. Le traitement dit de Valsalva, qui consiste à faire garder le lit au malade pendant environ quarante jours, après lui avoir fait deux saignées, et à le soumettre à une diète tellement sévère, qu'on ne lui donne d'aliments que juste autant qu'il en faut pour soutenir la vie, ce traitement, disons-nous, n'a pas eu de succès assez nombreux pour qu'on doive fonder, sur son emploi, des probabilités de guérison.

RÉTRÉCISSEMENT DES ARTÈRES.

Cette affection est encore peu connue ; on a trouvé l'aorte rétrécie dans toute son étendue, ou seulement dans un point circonscrit. Dans deux cas, le rétrécissement siégeait immédiatement au-dessous de la crosse de l'aorte ; il était si considérable, qu'un stylet très-fin pouvait à peine être introduit dans sa cavité. Il en a été observé dans tous les autres points de son étendue ; ils varient quant à leur intensité, qui peut être portée jusqu'à l'oblitération. Ce rétrécissement et cette oblitération dépendent, le plus souvent, des concrétions osseuses, ou d'autres produits divers ; quelquefois cependant, on n'a pu les attribuer à aucune altération appréciable.

Les lésions fonctionnelles que déterminent les rétrécissements de l'aorte, sont la gêne de la circulation, le reflux du sang vers le cœur, qui peut produire l'hypertrophie de cet organe, la pléthore des viscères placés au-dessus de l'obstacle, l'atrophie de ceux qui sont placés au-dessous. Dans quelques cas rares, la disparition de ces symptômes annonce qu'une circulation collatérale s'est lentement et graduellement établie.

OSSIFICATION DES ARTÈRES.

Cette altération est très-fréquente, surtout chez les personnes avancées en âge. Les causes de cette affection sont assez obscures ; plusieurs médecins de nos jours en accusent l'inflammation. Il est incontestable que l'âge avancé y prédispose ; mais il n'est pas très-rare de la rencontrer sur des enfants.

Ces ossifications peuvent déterminer des anévrysmes, des congestions, des hémorrhagies, etc. Quand elles siègent sur des troncs principaux, elles déterminent des accidents généraux. Elles peuvent déterminer la gangrène spontanée, et c'est à elle que l'on attribue généralement aujourd'hui la gangrène sénile.

Les moyens thérapeutiques sont impuissants contre cette affection, et la chimie n'a pas

réalisé les espérances qu'elle avait fait concevoir, en préconisant l'emploi de l'acide phosphorique.

Laënnec avait admit des névroses des artères. Si on a égard aux rameaux nerveux qui accompagnent principalement les ramifications artérielles, ne peut-on pas admettre que cette tunique nerveuse ne puisse devenir le siége d'une névralgie ?

Dans certaines circonstances, sans qu'on puisse apprécier aucune lésion artérielle, le sang, en passant dans ces vaisseaux, détermine un bruit de soufflet. Dans ces derniers temps, on a trouvé, qu'en plaçant l'oreille sur les carotides, il se produisait un bruit différent sur chacun de ces vaisseaux. Il n'y a pas d'artère sur laquelle on ne puisse l'observer. Ordinairement, il n'est pas continu, et ne se présente qu'à chaque pulsation; d'autres fois, au contraire, il est complètement continu, et ressemble parfaitement au bruit que produit dans l'air le jouet d'enfant que l'on connaît sous le nom de *diable;* il ressemble quelquefois au bruit d'un soufflet cassé, ou au bourdonnement d'une mouche. Il disparaît en certains moments, pour reparaître dans d'autres, ce qui doit éloigner l'idée de quelque altération organique. L'explication de ce phénomène échappe complètement. Il est certaines causes sous l'influence desquelles on le voit prendre naissance. Ainsi on l'observe chez les femmes qui ont éprouvé des pertes abondantes de sang, chez les chlorotiques; mais on ne doit pas en induire qu'on le rencontrera dans toutes les hémorrhagies; l'expérience prouve qu'il n'en est point ainsi. Il est évident que l'on ne peut rechercher la cause de ce phénomène, que dans la diminution et dans une modification quelconque du sang.

—

MALADIES DES VEINES.

PHLÉBITE.

Ce nom donné, par M. Breschet, à l'inflammation des veines, a été dans ces derniers temps, l'objet de travaux importants. C'est aux recherches de cet auteur, à celles de MM. Ribes, Dance, Maréchal, Legallois, etc., que nous sommes redevables des lumières répandues sur cette maladie, et c'est d'après leurs intéressants travaux que nous allons tracer l'histoire de la phlébite.

Caractères anatomiques. Les parois des veines offrent une rougeur qui, tantôt se borne à la membrane interne, tantôt envahit toute l'autre membrane. Cette rougeur ne doit pas être confondue avec la teinte cadavérique que présentent les veines dans certaines circonstances. Dans l'inflammation, on voit que la couleur rouge dépend du sang qui se trouve contenu dans les petits vaisseaux capillaires répandus à l'extérieur de la tunique interne de la veine. C'est dans les fines arborisations que forme ce réseau que l'on aperçoit d'abord les traces de l'inflammation; plus tard, les autres tuniques de la veine sont envahies par elle. Alors l'épaisseur de la tuniques interne est plus ou moins augmentée, et elle l'est quelquefois au point de rendre béante l'ouverture de la veine à laquelle on aura fait une section.

La rougeur et l'épaississement ne sont pas les seuls caractères de l'inflammation des veines. Quelquefois leurs parois sont lisses, d'autres fois elles sont inégales et en suppuration; on y trouve des ulcérations plus ou moins profondes. Différents produits morbides peuvent y être sécrétés. Ainsi on y trouve de fausses membranes, ayant plus ou moins de consistance, tantôt fort adhérentes aux parois des veines, tantôt étant simplement apposées. On y trouve du pus qui peut remplir tout le calibre de la veine, soit à l'état concret, soit à l'état liquide, soit pur, soit mêlé au sang.

Le sang contenu dans les veines enflammées est modifié par l'inflammation et par le contact des produits sécrétés. Il se coagule, d'où il suit que dans la phlébite, il y a interruption de la circulation dans les parties situées au-dessous, interruption qui ne sera que passagère, si l'inflammation est peu intense; et alors il arrive que le sang redevient liquide, qu'il rentre dans le centre de la circulation, et que tous les phénomènes morbides disparaissent. Si, au contraire, l'inflammation est intense, la veine s'oblitère et se transforme en un cordon ligamenteux, cessant dès lors pour toujours de pouvoir remplir ses fonctions circulatoires.

Les matières déposées dans l'intérieur des veines, pus, fausses membranes, sang vicié, sont transportées dans le torrent de la circulation; dès lors la masse du sang est altérée, et les organes qu'il doit nourrir se trouvent lésés dans leur texture intime ou dans leurs sécrétions.

L'inflammation s'étend rapidement en remontant, des points primitivement affectés, vers le centre de la circulation. Le sang vicié emportant les produits dont il est chargé, traverse les cavités droite du cœur, arrive au poumon, entre dans le cœur gauche d'où il est chassé vers les capillaires où il porte le germe du mal, en y déposant les principes morbides dont il est chargé. C'est ainsi que la phlébite qui tend à se généraliser fait naître dans une foule de points à la fois des phénomènes inflammatoires; c'est ainsi qu'on peut se rendre compte de ces nombreux foyers de pus qu'on trouve chez les individus atteints de cette maladie. Ces foyers purulents se montrent dans différentes sortes d'organes, mais spécialement dans les organes parenchymateux, et en premier ordre dans les poumons

Les petits dépôts de pus y sont tellement multipliés que chaque fois qu'on enfonce le scalpel dans ces organes, il tombe sur un abcès. Du reste le poumon n'est pas altéré dans sa structure, le pus est seulement interposé et il occupe principalement le lobe inférieur. Quelquefois ces abcès sont accompagnés de petits endurcissements rouges.

On a quelqnefois confondu ces abcès avec des tubercules; mais, outre qu'ils en diffèrent par leur forme, leur volume et leur siége, ils suivent encore dans leur développement une marche inverse à celle de ces productions accidentelles qui commencent toujours par envahir le sommet du poumon, tandis que ces petits abcès débutent par la base de cet organe.

Après les abcès du poumon, ceux du foie sont les plus fréquents. Ils sont superficiellement placés, ont une forme moins arrondie et moins circonscrite que ceux des poumons et ressemblent à des masses irrégulières.

On en trouve aussi dans la rate qui constituent moins des abcès purs qu'une combinaison de sang et de pus alliés au détritus de l'organe; ils se présentent sous un aspect brunâtre. Ces foyers sont larges, irréguliers et souvent confondus ensemble. Ils sont d'ailleurs beaucoup moins communs que dans le poumon et que dans le foie.

Dans le cerveau, ils occupent principalement la substance de cet organe, à la superficie, dans les couches optiques et dans les corps striés. Ce n'est plus sous la forme d'un tubercule ou d'une masse irrégulière qu'on les trouve, mais bien à l'état diffus et sous la forme de gouttelettes dont le nombre varie à l'infini. Le cervelet en présente ordinairement un nombre moins considérable. On ignore si la moelle épinière en est affectée.

On en a trouvé aussi, quoique plus rarement, dans le cœur et dans les reins. Dans le cœur, ils ressemblent à ceux du cerveau; ceux des reins affectent de préférence la substance corticale.

A l'extérieur, on les rencontre fréquemment dans les articulations, et rarement ils n'en affectent qu'une seule. Ils envahissent ordinairement les plus grosses, mais il n'est pas rare d'en trouver dans les plus petites. Les abcès dans les articulations ne débutent pas tous en même temps, ils se succèdent dans leur apparition, en laissant quelquefois plusieurs jours d'intervalle.

On en rencontre dans le tissu cellulaire, mais sans siége déterminé. Ils sont ordinairement multiples et remplis d'une grande quantité de matière.

Dans les muscles ils ressemblent à ceux des poumons, si ce n'est qu'ils ont un volume plus considérable.

Quel que soit leur siége, ces abcès ont une grande ressemblance entre eux, non seulement par leurs caractères anatomiques, mais encore par leur mode de développement. Ils apparaissent avec tous les signes de la fluctuation avant qu'on ait pu soupçonner leur existence, et souvent sans douleur et sans chaleur.

Comment se forment ces abcès ou foyers purulents? quelle est leur nature? Ces questions sont diversement résolues. Si on n'admet pas que le pus, pris par la veine ou formé dans ses parois, est transporté en nature et de toutes pièces dans les divers organes où on le rencontre, il faut recourir à l'opinion qui admet que le pus, mêlé au sang et se répandant dans tous les organes, irrite par son contact les parties où il séjourne, et que de cette inflammation résultent les abcès consécutifs à la phlébite (1).

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que l'inflammation de veines est locale ou générale, limitée et circonscrite, ou diffuse et tendant toujours à s'accroître dans le sens de la circulation veineuse.

Quant à son siége on l'observe dans les veines extérieures du bras, de la tête, de la face, du cou, des membres inférieurs; les gros troncs veineux, telles que la veine cave, les jugulaires, la veine-porte n'en sont pas exempts. Elle est très-fréquente dans les veines de l'utérus.

Causes. La phlébite est le plus ordinairement produite par des lésions qui agissent sur la membrane interne des veines. Ces lésions peuvent altérer directement son tissu, soit par les piqûres des saignées, par la section, la ligature, la compression, la contusion ou le déchirement de ces vaisseaux; soit par le contact des matières âcres et irritantes à la surface de cette membrane, comme cela arrive après les amputations, les accouchements, lorsqu'il existe un cancer ramolli, une surface gangrénée ou suppurante; circonstances dans lesquelles les veines baignent dans un foyer purulent. Ces causes existent presque toujours, et presque toujours la phlébite est secondaire à une autre affection. Elle peut cependant survenir d'une manière spontanée et sans cause appréciable. Dans quelques circonstances la maladie locale est tellement bénigne que l'on est tenté de mettre sur le compte de la prédisposition les accidents graves qui en résultent. Mais il est important de remarquer que, quelque limitée que soit en apparence l'inflammation de la veine, la sécrétion purulente qu'elle détermine vient se mêler au sang, le vicie, et que c'est ce sang vicié qui occasionne les accidents généraux.

(1) Nous ne croyons pas que M. Andral se soit expliqué d'une manière plus explicite sur cette question capitale, qui, selon l'expression de M. Cruveilhier, est le lien qui unit l'humorisme rationnel des modernes à l'humorisme aveugle et comme instinctif des anciens. A. L.

Voilà ce qui explique comment une cause, fort légère en elle-même, peut occasionner des désordres très-graves. On a remarqué que la phlébite était plus fréquente à certaines époques, sans que l'on pût se rendre compte de l'influence atmosphérique qui détermine cette fréquence. Ainsi quelquefois, dans les hôpitaux, un certain nombre de malades qui auront été saignés seront atteints de phlébite, tous les amputés succomberont aux accidents consécutifs qu'elle détermine. On la voit quelquefois survenir à la suite d'engelures qui s'ulcèrent. On l'a observée à la suite de l'ablation du col de l'utérus, de l'excision des polypes utérins.

Symptômes. Les symptômes que détermine la phlébite sont locaux et généraux. Au début d'une phlébite d'une veine sous-cutanée, occasionnée par la saignée, la douleur et le gonflement autour de la piqûre de la veine dont les bords sont entr'ouverts, sont les seuls phénomènes qu'on observe. Cet état peut rester stationnaire, et l'inflammation, bornée à l'orifice de la veine, se résout en peu de jours, soit en donnant lieu à un petit phlegmon, soit à une suppuration peu abondante; mais dans des cas plus fréquents, l'inflammation, se propage plus ou moins loin le long du vaisseau; une douleur très-vive, que la moindre pression exaspère, se manifeste, et bientôt la veine donne la sensation d'un cordon noueux et dur qui, parfois, est indiqué sous la peau par une traînée rougeâtre. Le membre s'engorge et devient œdémateux; l'ouverture de la plaie présente une couenne blanchâtre d'où s'échappe une suppuration plus ou moins abondante. Alors apparaissent des symptômes généraux, la fièvre s'allume, et si la résolution de la phlébite n'a pas lieu à cette époque, d'autres symptômes plus graves viennent annoncer que le sang est vicié et que l'organisme entier va participer à la maladie. Le malade ressent des frissons irréguliers plus ou moins répétés, sa face s'altère profondément, il tombe dans une prostration extrême; son intelligence se trouble, il délire; le pouls est mou et accéléré, la respiration gênée. Tantôt les malades accusent de vives douleurs, tantôt étrangers à tout ce qui se passe au dedans d'eux-mêmes, ils ne manifestent aucune souffrance. Des sueurs abondantes couvrent la peau; quelquefois un ictère se manifeste brusquement; la langue rougit, se dessèche et se couvre d'un enduit noirâtre; le ventre se météorise, le dévoiement se manifeste, les lèvres sont agitées de mouvements convulsifs; quelquefois une éruption de pétéchies, la gangrène ou une parotide se déclarent brusquement; des soubresauts des tendons surviennent et le malade meurt en très-peu de temps.

Ces symptômes ne se manifestent pas, dans tous les cas, aussi nombreux et aussi tranchés; quelques-uns peuvent manquer, et ils revêtent tantôt la forme ataxique, tantôt la forme adynamique.

Lorsque la phlébite survient après une amputation, on observe une tuméfaction plus ou moins considérable du moignon.

Pronostic. Si la phlébite reste locale, elle guérit; mais une fois devenue générale, elle est au-dessus des ressources de l'art. Quelquefois elle traîne en langueur, mais pour se terminer par la mort. Dans certains cas, il y a rémission complète de tous les symptômes : le malade va mieux, les forces reparaissent, mais tout à coup les frissons fébriles reviennent, tous les symptômes s'aggravent, et le malade meurt rapidement.

Traitement. Dans la première période de phlébite, alors qu'elle est circonscrite dans une étendue peu considérable du vaisseau, il convient d'employer avec énergie les émissions sanguines. Elles sont en général sans succès dès que la maladie se généralise; il faudrait en effet pouvoir enlever au sang l'élément délétère qu'il contient.

Les sangsues seront appliquées en grand nombre, d'abord au niveau du point où la maladie prend naissance, et plus tard au-dessus et toujours dans la direction centripète du vaisseau enflammé.

Pour éviter l'effet du transport du pus, on a vanté et employé la compression de la veine, exercée immédiatement au-dessus du siége de l'inflammation; ce moyen n'a pas réussi : il en est de même de la section de la veine enflammée.

Quand les symptômes typhoïdes se sont manifestés, nulle médication possible ne peut en arrêter le cours, et le médecin est réduit à rester spectateur impuissant de ces désordres. On a employé les toniques, les antiseptiques, les purgatifs, etc., mais tous ces moyens ont échoué.

PHLÉBITE UTÉRINE.

Cette phlébite s'observe principalement après l'accouchement et quelquefois à la suite de la ligature d'un polype utérin. Elle débute ordinairement à l'embouchure des sinus veineux mis à découvert par le décollement du placenta; elle se propage bientôt au réseau veineux qui serpente dans les parois de la matrice, et l'inflammation de ce réseau détermine celle de l'utérus. Quelquefois la phlébite utérine est consécutive à la métrite. Elle peut être bornée aux veines de l'utérus ou s'étendre dans l'hypogastrique, le long des veines ovariques, remonter même jusque dans la veine cave inférieure et autres veines de l'abdomen.

On a remarqué que très-souvent la phlébite utérine est bornée aux veines d'une des moi-

tiés de la matrice, et plus ordinairement dans celles du côté droit. A l'autopsie on trouve la matrice plus volumineuse qu'elle ne devrait l'être; une sorte de couenne grisâtre tapisse sa cavité; ses parois sont épaissies, ramollies et offrent une couleur noirâtre. La plupart des veines qui rampent dans l'épaisseur de cet organe sont remplies d'un pus plus ou moins consistant. Ces veines se présentent sous une forme tortueuse et comme repliées sur elles-mêmes; leur paroi interne est ridée, quelquefois recouverte d'une fausse membrane ou d'une couche de pus épaissi; comme dans les phlébites survenues dans d'autres circonstances, on trouve des foyers dans presque tous les viscères, des rougeurs et des ramollissements dans la membrane muqueuse digestive, et quelquefois de vastes suppurations dans les articulations.

Causes. Les accouchements laborieux sont les causes les plus fréquentes de cette phlébite. Cependant elle survient quelquefois après l'accouchement le plus naturel, et dans ce cas, il faut admettre une prédisposition à la maladie.

Symptômes. Plus ou moins de temps après l'accouchement, le globe utérin s'engorge et présente une tumeur dure, arrondie, considérable. La pression à l'hypogastre détermine une douleur tantôt intense, tantôt peu vive. Les lochies sont quelquefois diminuées, quelquefois suspendues, et à leur place, s'écoule, par la vulve, une matière purulente, épaisse, blanchâtre ou sanieuse, et ordinairement fétide. Par le toucher, on reconnaît que l'utérus a augmenté de poids et de volume, que la sensibilité y est vive, que le col est chaud, tuméfié et ordinairement plus ou moins entr'ouvert. Les urines sont difficiles et brûlantes. Tant que la maladie est bornée aux veines de l'utérus, la fièvre est peu intense, et les phénomènes généraux peu prononcés. Mais aussitôt que l'inflammation se propage, soit dans les veines ovariques, soit dans les autres veines de l'abdomen, la plupart des symptômes que nous avons déjà décrits se présentent, le pus ayant pénétré dans le torrent circulatoire.

Pronostic. La phlébite bornée aux veines des parois de la matrice, peut être combattue avec succès par les moyens de l'art; mais quand elle s'est propagée aux veines ovariques, et que l'infection est générale, ils sont sans succès. La terminaison funeste arrive ordinairement vers la fin du troisième septénaire, après l'accouchement. Quelquefois elle s'est prolongée plus longtemps, et n'est devenue mortelle que quatre mois après l'accouchement.

Traitement. On conseille, lorsqu'après l'accouchement, des caillots de sang ou des portions de placenta séjournent dans la matrice, de faire dans la cavité même de cet organe des injections émollientes. Quand la phlébite est déclarée, les émissions sanguines doivent être employées rapidement, et l'on aura recours de préférence à la saignée générale, qui dégorge plus promptement la matrice et favorise son retrait.

Il est très-important que les nouvelles accouchées cherchent à éloigner toutes les causes qui favorisent la production de la phlébite, tels que les vêtements trop légers, l'exposition au froid et à l'humidité, l'ingestion de boissons excitantes ou d'une trop grande quantité d'aliments.

PERFORATION DES VEINES.

La perforation des veines peut être la suite d'ulcérations de ces vaisseaux, et l'hémorragie qu'elle détermine peut entraîner la mort. Les coups, les blessures, etc., entraînent cet accident. La perforation ou la rupture des veines de la tête est toujours un accident extrêmement grave, comme aussi celle d'un gros tronc.

OBLITÉRATION DES VEINES.

Elle peut être plus ou moins complète, et dépendre d'un obstacle dans leurs parois, ou de tumeurs extérieures, comme cancers, anévrysmes, etc. Les veines peuvent être obstruées par du sang coagulé, par du pus concret, par des brides cellulaires, par de fausses membranes, par le contact des parois à la suite d'une inflammation. On a trouvé certaines veines du cerveau oblitérées, les jugulaires mêmes; et cependant aucun désordre fonctionnel ne s'était manifesté pendant la vie. On a observé aussi l'oblitération des veines caves et de la veine porte.

L'oblitération d'une veine détermine une augmentation de la circulation des veines collatérales. Elle détermine aussi un phénomène fort important, sur lequel M. Bouillaud a le premier fixé l'attention, c'est l'œdème des parties où se ramifie cette veine. Ainsi l'oblitération de la veine cave détermine l'ascite, comme l'oblitération des veines des membres détermine l'œdème des extrémités.

2° MALADIES DE LA RATE.

Les maladies dont la rate est susceptible sont encore environnées de quelque obscurité, et la pathologie de cet organe est aussi peu connue que sa physiologie. Il est rare de voir la rate primitivement affectée. Les altérations qu'elle présente sont presque toujours consécutives à d'autres affections.

LÉSIONS DE CIRCULATION.

INFLAMMATION DE LA RATE OU SPLÉNITE.

Maladie rare et peu connue. On ne connaît pas d'exemple de splénite primitive; on ne

l'observe en général qu'à la suite des coups, des chutes, de pressions, de blessures qui pénètrent son tissu. Elle survient quelquefois pendant une péritonite, par continuité de l'inflammation de la membrane séreuse à la tunique externe de cet organe; on l'a quelquefois observée après des courses forcées.

Les symptômes que détermine la splénite sont peu caractéristiques : douleur à l'hypocondre gauche, augmentant par la pression et s'étendant quelquefois à tout l'abdomen ; fréquence du pouls, chaleur à la peau, soif, difficulté de respirer, vomissements, coliques; tels sont les désordres fonctionnels que l'on peut observer et qui sont insuffisants pour porter un diagnostic certain.

Quand la splénite est à l'état chronique, ce qui est très-fréquent, soit après une splénite aiguë, soit après toute autre maladie, le diagnostic devient plus facile par la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse située dans l'hypocondre gauche, tumeur qui devient douloureuse par la pression et qui augmente, ainsi que la douleur, après une marche un peu longue. Dans quelques cas, la splénite chronique produit des symptômes généraux qui finissent par faire tomber le malade dans le marasme.

Les désordres organiques que laisse après elle l'inflammation de la rate, peuvent porter sur son parenchyme ou sur son enveloppe. Celle-ci devient cartilagineuse, quelquefois osseuse. Le tissu de la rate est augmenté de volume, gorgé de sang, ecchymosé, ramolli, en suppuration, et, dans ce cas, le pus peut être réuni en un seul dépôt ou bien partagé en plusieurs kystes.

La splénite aiguë réclame les saignées générales et locales, des topiques émollients et narcotiques, des bains, des boissons délayantes, la diète et le repos.

RAMOLLISSEMENT DE LA RATE.

Le parenchyme de la rate peut être ramolli dans diverses affections, sans qu'on puisse constater que l'inflammation ait précédé ce ramollissement. Vers le cinquième ou le huitième jour de la dothiénentérie la rate est souvent ramollie. Dans toute maladie du tube digestif ou de tout autre organe où apparaît la forme adynamique, le ramollissement de la rate survient. On l'observe très-fréquemment à la suite de fièvres intermittentes. En général, la rate tend à se ramollir quand existe un trouble de la circulation et de l'innervation à la fois.

ENDURCISSEMENT DE LA RATE.

La rate est quelquefois endurcie, principalement quand il existe un obstacle à la circulation veineuse du foie. Dans les affections organiques du cœur elle peut passer alternativement d'un état de ramollissement à un état d'endurcissement.

HYPERTROPHIE DE LA RATE.

Il est rare que la rate augmente de volume sans que sa texture ne soit altérée; c'est presque toujours en se ramollissant qu'elle s'hypertrophie. La rate peut s'étendre en bas, en haut et en travers. Quand elle remonte vers l'épigastre, la percussion donne un son mat là où elle donne ordinairement un son clair. Le palper ne donne aucun signe dans ce cas. Quand elle s'étend en bas on peut la reconnaître ou par la percussion en ayant soin de refouler les intestins de côté, ou par le palper qui indiquera sa présence. Les mêmes moyens serviront à la faire reconnaître quand elle s'étendra en travers vers l'ombilic.

Il est impossible de confondre ce développement de la rate avec d'autres tumeurs, comme celles du foie, d'hydatides, d'accumulation de matières fécales, etc. Quelquefois ce gonflement peut coïncider avec d'autres tumeurs, comme des hydropisies enkystées de l'ovaire, ou être confondu avec elles.

Par suite d'un épanchement pleurétique qui l'aura refoulée en bas et en avant, la rate peut être déplacée sans avoir changé de consistance ou de volume.

La rate peut présenter des abcès qui, s'ils s'ouvrent à l'extérieur n'entraînent aucun danger pour le malade, mais qui le font succomber s'ils s'ouvrent à l'intérieur.

Il n'est pas rare de trouver des tubercules dans la rate, surtout sur les enfants.

Enfin on y trouve quelquefois aussi des hydatides qui peuvent y exister à l'état latent, ou bien augmenter son volume (1).

II.

MALADIES DE L'APPAREIL LYMPHATIQUE.

Pendant longtemps les médecins ont fait jouer un grand rôle aux maladies de la lymphe. Plusieurs pensaient que dans les tempéraments que, pour cette raison, ils appelaient *lymphatiques*, il y avait prédominance de la lymphe. Les scrofules étaient exclusivement rapportées aux altérations du système lymphatique. Un auteur contemporain (2) a même avancé que l'histoire des maladies du système lymphatique embrasse pour ainsi dire celle de toutes les autres maladies. Mais si on veut strictement se borner aux maladies qui peuvent affecter cet appareil, on les trouvera réduites à ces trois chefs : 1° maladies des

(1) Voyez, pour toutes ces altérations de la rate, le *Précis d'anatomie pathologique* de M. Andral.

(2) M. Allard, dans son ouvrage intitulé: *Du siége et de la nature des maladies*, etc. A. L.

vaisseaux lymphatiques; 2° maladies de la lymphe; 3° maladies des ganglions lymphatiques.

Parmi ces maladies il en est qui ne se montrent que comme symptômes d'autres maladies que nous avons eu ou que nous aurons occasion de décrire; les autres sont si obscures et leur histoire est si peu complète que nous ne nous y arrêterons pas davantage.

OUVRAGES PRINCIPAUX A CONSULTER SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Senac. Traité de la structure du cœur et de ses maladies.

Corvisart. Essai sur les maladies et les lésions du cœur et des gros vaisseaux.

Laënnec. De l'auscultation médiate, etc.

Bouillaud. Traité clinique des maladies du cœur.

Andral. Clinique médicale.

LIVRE TROISIÈME.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Nous rangerons en deux sections les maladies de l'appareil de la respiration : dans la première, nous parlerons des maladies qui frappent la portion de l'appareil destiné à conduire l'air; dans la seconde, des maladies qui frappent la portion destinée à faire subir au sang les changements de l'hématose.

PREMIÈRE SECTION.

MALADIES DU LARYNX.

LÉSIONS DE CIRCULATION DU LARYNX. — LARYNGITE AIGUE.

L'inflammation dont le larynx peut être le siége, offre des formes très-diverses et des caractères différentiels, soit par les lésions anatomiques qu'elle laisse après elle, soit par les lésions fonctionnelles qui l'accompagnent.

La membrane muqueuse qui revêt cet organe peut en effet ne présenter qu'une simple congestion ou hypérémie, tantôt partielle, tantôt générale. La rougeur est quelquefois bornée aux ventricules du larynx. Cette membrane peut se ramollir à des degrés divers et se réduire en pulpe. Elle peut offrir une tuméfaction plus ou moins considérable; elle est quelquefois portée au point d'oblitérer complétement le calibre du larynx. Cette altération est très-importante à reconnaître pendant la vie, car il faut savoir que dans certains cas où l'inflammation a été très-violente, elle disparaît rapidement après la mort, sans laisser aucune trace de son existence, et si on n'était prévenu de ce fait, on pourrait attribuer la mort à toute autre cause. Les ulcérations peuvent siéger sur la muqueuse du larynx; mais cette altération ne se rencontre guère que dans la laryngite chronique. Une fois l'inflammation du larynx s'est terminée par gangrène. Diverses sécrétions peuvent avoir lieu à la surface de la membrane muqueuse; tantôt le liquide muqueux que sécrète cette membrane sera augmenté de quantité, au point quelquefois de suffoquer le malade par son abondance; tantôt ce sera du véritable pus qui sera sécrété, qu'il y ait ou non des ulcérations à la muqueuse; tantôt enfin ce seront de fausses membranes, car de toutes les muqueuses, celle du larynx jouit du fatal privilége d'être la plus apte à la formation de ces concrétions membraniformes.

Ce n'est point la membrane muqueuse seule qui présente des altérations dans l'inflammation du larynx; le tissu cellulaire sous-muqueux peut être le siége d'épanchements séreux, dans les endroits surtout où il est le plus lâche, dans les replis muqueux qui vont de l'épiglotte aux cartilages arythénoïdes. On peut trouver aussi des abcès dans le larynx; quelquefois très-circonscrits, ils acquièrent d'autres fois un volume assez considérable pour faire saillie à l'intérieur du larynx et donner lieu à des symptômes de suffocation. On les trouve ordinairement dans les replis muqueux dont nous parlions tout à l'heure, ou bien dans l'angle rentrant que forment les deux pièces du cartilage thyroïde.

Dans les laryngites très-violentes, les muscles du larynx peuvent se ramollir, s'infiltrer de pus et parfois même disparaître. Il en est de même du tissu fibreux.

Quant aux cartilages du larynx, ils ne présentent en général d'altération que dans les laryngites chroniques.

D'après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur les altérations que l'inflammation du larynx détermine, on voit qu'il est impossible de présenter un tableau général des désordres fonctionnels qui doivent en résulter; en effet, les

symptômes sont ici la traduction exacte des lésions que nous venons de passer en revue; de sorte que pour interpréter fidèlement les faits observés, il est nécessaire d'établir autant d'espèces dans la laryngite qu'il y en a dans les altérations auxquelles cette affection donne naissance.

Nous reconnaissons donc :

1° La laryngite avec simple rougeur de la muqueuse (*Erythémateuse*);

2° La laryngite avec tuméfaction ou gonflement de cette membrane;

3° La laryngite avec sécrétion abondante de mucus;

4° La laryngite avec sécrétion de pus;

5° La laryngite avec production de fausses membranes (croup);

6° La laryngite œdémateuse (œdème de la glotte).

1° LARYNGITE ÉRYTHÉMATEUSE.

C'est la plus simple et la plus bénigne des formes de l'inflammation du larynx.

Les causes qui la produisent sont souvent inconnues. Elles peuvent être extérieures à l'individu, ou dépendre de quelque modification intérieure. Les causes externes sont les variations brusques de température, le passage subit du chaud au froid, l'inspiration de l'air chargé de molécules irritantes, l'exposition du cou dépouillé des vêtements qui le couvrent, à une température froide. Parmi les causes internes, on doit noter les fatigues du larynx par le chant ou la parole; ainsi cette affection est fréquente chez les acteurs et dans toutes les professions où l'organe de la voix est soumis à un grand exercice. Elle survient quelquefois pendant la maladie d'autres organes, et par simple continuité de tissu, comme on le voit fréquemment dans l'inflammation des bronches ou du pharynx; ou bien par sympathie, comme cela arrive quelquefois dans la gastro-entérite aiguë. La laryngite est quelquefois aussi symptomatique, comme cela s'observe souvent dans la rougeole, alors que la même congestion inflammatoire se porte en même temps sur la conjonctive et sur les bronches. Elle peut se montrer également dans une certaine période de la variole. Cette affection est d'ailleurs commune à tous les âges; Billard l'a observée chez les nouveau-nés. Certains individus présentent une singulière tendance à cette maladie.

Chez la plupart des sujets, cette maladie est peu grave; chez d'autres, au contraire, elle se lie à l'existence de tubercules pulmonaires.

Cette affection peut être précédée pendant vingt-quatre heures d'un mouvement fébrile plus ou moins intense; quelquefois elle ne s'annonce que par un malaise général, d'autres fois elle débute tout à coup par une douleur au larynx, variable en intensité, qui tantôt ne se traduit que par un sentiment de gêne, de chaleur ou de cuisson, qui est tantôt très-vive quand le malade tousse ou parle, ou quand on exerce une pression sur le larynx. La voix diminue d'intensité, s'altère et devient rauque. La déglutition est pénible, la toux est fatigante, souvent répétée, d'abord sèche, puis donnant lieu à l'expuition d'un mucus parfois teint de filaments de sang, plus souvent opaque. Quand l'inflammation est légère, elle ne donne lieu à aucun symptôme général; quand elle est intense, elle peut déterminer un trouble profond de l'innervation qui cache les symptômes de la maladie locale.

La durée de cette maladie peut n'être que de quelques heures, comme aussi elle peut se prolonger plusieurs jours. Les récidives en sont très-fréquentes.

La terminaison en est ordinairement heureuse. Elle peut se transformer en une inflammation bronchique, en une autre espèce de laryngite, ou devenir chronique en déterminant quelquefois une phthisie laryngée.

Le traitement est fort simple. Quand la laryngite est peu intense, il suffit de prescrire des boissons émollientes chaudes, quelques loochs blancs, des cataplasmes chauds sur le cou, des pédiluves, des lavements. Quand l'inflammation est plus grave, il faut recourir aux émissions sanguines générales ou locales; si c'est aux sangsues qu'on a recours, il faut les employer en grand nombre sous peine de voir augmenter l'inflammation.

2° LARYNGITE AVEC TUMÉFACTION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE.

Les causes de cette espèce de laryngite sont les mêmes que celles de la précédente. Les symptômes en sont plus graves; il y a constamment dyspnée, toux se rapprochant de celle qui existe quand le larynx est tapissé par de fausses membranes, circonstance qui a pu faire prendre cette affection pour le croup. Quelquefois on entend un sifflement pareil à celui que détermine la bronchite. Cette affection, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, a souvent aussi chez eux une terminaison funeste, à cause de l'étroitesse du larynx naturelle à cet âge. La mort peut arriver brusquement surtout chez les très-jeunes enfants. Cette affection peut aussi se terminer heureusement, mais en laissant pendant longtemps de la dyspnée, de la toux et une voix rauque.

Le traitement est à peu près le même que celui de l'affection précédente, seulement il doit être plus actif.

3° LARYNGITE AVEC SÉCRÉTION DE MUCOSITÉS.

Elle est sans danger pour l'adulte, chez qui elle n'est pas aussi fréquente que chez l'enfant, pour qui elle est souvent mortelle. Elle peut

s'accompagner des mêmes symptômes que la précédente, mais le râle muqueux sera plus considérable et il pourra être entendu sans le secours de l'auscultation.

Outre les moyens qui sont employés dans les deux autres espèces de laryngite que nous venons d'examiner, il y a ici une indication capitale à remplir, c'est d'enlever le produit de l'inflammation, les mucosités. Les vomitifs, dans ces circonstances, rendent souvent la vie aux petits malades; chez les nouveau-nés, il suffit quelquefois d'introduire la barbe d'une plume à la base de la langue pour exciter des efforts de vomissements ou une toux convulsive qui déterminent l'expulsion des mucosités. Remarquons que les émissions sanguines sont nuisibles quand il y a faiblesse. On se trouvera mieux de quelques boissons aromatiques, de frictions sèches et chaudes et de quelques potions diaphorétiques.

4° LARYNGITE AVEC SÉCRÉTION DE PUS.

(Laryngite chronique, phthisie laryngée.)

Caractères anatomiques. Comme sur la membrane muqueuse des voies digestives, l'inflammation chronique produit sur celle du larynx de la rougeur, de l'épaississement, de l'augmentation ou de la diminution dans la consistance; le ramollissement est partiel ou général; dans quelques cas cette membrane devient le siége de végétations qui peuvent acquérir un volume considérable. On peut y trouver des granulations blanches et dures. Du pus peut couvrir sa surface. Les follicules muqueux peuvent participer à ces altérations; ils peuvent s'épaissir et sécréter des mucosités abondantes. On y rencontre des ulcérations qui pourront ne pas déterminer l'altération de la voix si elles siégent au-dessus des cordes vocales, mais qui produiront ce phénomène si elles existent au-dessous. Ces ulcérations ont été principalement constatées à l'épiglotte, aux cordes vocales, dans le fond des ventricules, au-dessous des cordes vocales. Elles peuvent s'étendre en largeur et en profondeur au point de donner naissance à des fistules.

Le tissu cellulaire sous-muqueux peut être épaissi; il peut se présenter sous la forme de cordons squirrheux, ou bien être distendu par de la sérosité épanchée. On y a trouvé des collections purulentes, et des tubercules à toutes les périodes de leur développement.

Les muscles du larynx ont été trouvés amincis, ramollis, quelquefois même ils ont entièrement disparu. Ils peuvent être aussi hypertrophiés ou atrophiés. Les cartilages présentent aussi des altérations. L'épiglotte peut être épaissie, ulcérée, cariée, détruite même complétement. Le cartilage thyroïde est moins souvent altéré; le cricoïde peut être hypertrophié, carié; les arythénoïdes peuvent être détruits, enfin on peut trouver tous ces cartilages ossifiés.

On a trouvé aussi des kystes séreux et des concrétions calculeuses dans les ventricules du larynx.

Causes. Les causes de cette affection ne sont pas toujours appréciables. Comme la laryngite aiguë, elle survient souvent sous l'influence de variations atmosphériques. On voit des individus qui contractent une laryngite aiguë légère qui passe bientôt à l'état chronique et qui ne les quitte plus. L'inspiration prolongée des matières irritantes peut la déterminer; elle survient sous l'influence de corps étrangers introduits dans le larynx, sous l'influence aussi d'un traitement mercuriel à haute dose et longtemps prolongé.

Certaines causes internes n'agissent pas moins efficacement dans la production de la laryngite chronique. Ainsi l'action prolongée de l'organe de la voix est une cause puissante de son inflammation chronique. Elle est très-fréquente chez les acteurs, chanteurs, avocats, prédicateurs, etc. On l'a observée après l'abus des plaisirs vénériens. Diverses maladies l'entraînent à leur suite, les unes par continuité de tissu, comme une pharyngite ou une trachéite chroniques; les autres par continuité, comme les abcès de l'œsophage; d'autres enfin par sympathie, par solidarité de fonctions. Aussi voit-on souvent les tubercules pulmonaires déterminer une laryngite chronique; et qui ne reconnaîtrait là une irritation sympathique analogue à celle qui fait que la langue devient rouge et sèche dans une inflammation des voies digestives? La laryngite chronique est quelquefois sous l'influence d'une altération générale, comme un vice dartreux, la syphilis, etc.

On l'observe surtout de 30 à 40 ans, et chez les hommes plus que chez les femmes.

Symptômes. Ils sont locaux ou généraux.

La douleur a des siéges divers; chez quelques malades, elle occupe le larynx tout entier; le plus ordinairement elle est limitée, et ne se fait ressentir qu'en un seul point, comme, par exemple, à la partie supérieure et latérale gauche du cartilage thyroïde. Son intensité est d'ailleurs variable, c'est parfois une simple gêne ou un picotement assez vif. Chez quelques malades, elle est si faible qu'ils ne s'en plaignent pas, et qu'on est obligé de fixer leur attention vers ce point, pour leur faire dire qu'en effet ils y éprouvent un sentiment de gêne, et cela même, quand le larynx présente de larges ulcérations. Les malades ressentent ordinairement un chatouillement incommode qui provoque la toux; tantôt c'est une sensation analogue à celle que produirait la présence d'un corps étranger; tantôt c'est un sentiment d'érosion, de brûlure, quelquefois des douleurs lancinantes.

Cette douleur est exaspérée par la toux ; par l'action de parler, par la déglutition, surtout lorsque les ulcérations siégent au-dessus des ventricules du larynx, par l'inspiration de l'air froid, par la pression exercée sur l'organe.

La voix est presque toujours altérée ; elle est dure, rauque, quelquefois elle s'affaiblit, quelquefois elle s'éteint complétement. L'aphonie peut être subite ou n'arriver que graduellement; après qu'il y aura eu enrouement, raucité, affaiblissement pour arriver à une extinction complète.

La toux est un phénomène constant ; elle n'a souvent rien de spécial; mais quand la membrane muqueuse est tuméfiée, elle devient rauque, et même croupale ; elle est souvent provoquée par le picotement douloureux qui a lieu au larynx. Elle est sèche, ou donnant lieu à l'expuition de mucosités puriformes et mêlées de sang. Quelquefois c'est du sang pur qui est expectoré. Les crachats présentent d'autres fois de fausses membranes qui peuvent être expectorées, une fois par jour, pendant trois ou quatre mois ; dans quelques cas, après une durée très-longue de l'inflammation chronique du larynx, les malades rendent un jour de fausses membranes, et la maladie se termine par le retour à la santé. Au milieu de ces mucosités purulentes ou sanguinolentes, on voit quelquefois des débris de cartilages du larynx cariés : Hunter en a vu un cas remarquable sur un malade qui se rétablit après avoir présenté les symptômes de la phthisie. On a vu des corps étrangers introduits dans les voies aériennes, produire une laryngite chronique qui, après leur expulsion, se terminait heureusement.

Lorsque la laryngite chronique est peu intense, lorsque l'altération des tissus n'occasionne pas de rétrécissement, la respiration n'est pas gênée. Mais s'il y a obstacle à l'entrée de l'air, la dyspnée existe plus ou moins intense, quelquefois considérable, au point d'être le symptôme prédominant. Elle peut être continue ou périodique et revenir par accès. Au début des accès, la dyspnée est médiocre, elle va en augmentant quelquefois, jusqu'à produire l'asphyxie. Par suite du rétrécissement du larynx, l'air gêné dans son entrée et dans sa sortie, produit un bruit particulier pendant l'inspiration et pendant l'expiration, un ronflement, un sifflement continu ou par accès.

Quand les ulcérations siégent à l'orifice supérieur du larynx, la déglutition est gênée; elle donne lieu à une simple gêne ou à de la douleur accompagnée de toux. Quand l'épiglotte est altérée profondément ou détruite. la déglutition ne peut avoir lieu sans déterminer des accès de suffocation. M. Magendie a cependant vu des cas ou l'épiglotte était complétement détruite et où la déglutition se faisait sans accidents.

Dans certaines laryngites chroniques, la pression exercée sur le larynx produit un craquement dû à la carie des cartilages.

Il est des cas où le cou se tuméfie considérablement.

La maladie peut se borner à ces symptômes locaux ; ils peuvent être si peu intenses que l'état général de la santé ne soit pas sensiblement altéré. Mais il peut arriver que des symptômes généraux se manifestant prouvent que toute l'économie participe aux désordres locaux. D'abord apparaît un mouvement fébrile erratique qui, peu à peu, devient continu. La nutrition s'altère, les malades maigrissent, dépérissent et tombent dans le marasme. C'est à cette période de la laryngite chronique qu'on a donné le nom de *Phthisie laryngée:* affection que l'on regardait autrefois comme commune à l'état primitif, mais que l'on sait aujourd'hui être très-rare, et liée, dans l'immense majorité des cas, à la présence des tubercules pulmonaires.

D'après cet exposé des symptômes, on voit que la laryngite chronique est très-variable en intensité. Tantôt ce n'est qu'une indisposition légère, tantôt c'est une maladie des plus graves.

Elle peut être primitive et survenir comme d'emblée, ou bien succéder à la laryngite aiguë.

Elle offre cela de particulier, que quelquefois elle semble toucher à sa fin, quand tout à coup un refroidissement, un écart de régime, la font reparaître avec intensité.

Sa *durée* varie de quelques mois à une ou plusieurs années.

Terminaison. Elle peut se terminer par le retour à la santé ; la mort peut en être la conséquence. Cette terminaison funeste peut arriver de plusieurs manières, soit par un affaiblissement du parenchyme pulmonaire qui viendra compliquer la maladie, soit par la gravité et la profondeur des altérations mêmes de la laryngite, soit par la difficulté et l'impossibilité de l'entrée de l'air, circonstances qui produiront l'asphyxie plus ou moins rapidement.

Traitement. Il faut, dans cette affection, agir énergiquement. Au début, on emploiera les émissions sanguines, et de préférence les sangsues très-fréquemment appliquées, et en petit nombre. Plus tard, on aura recours aux révulsifs, aux frictions avec la pommade stibiée ou l'huile de croton tiglium. On appliquera des sétons et des cautères sur les parties latérales du col. On fera aspirer aux malades des vapeurs émollientes; on leur prescrira de rester, de vivre continuellement au milieu d'une température douce et toujours uniforme. On a vu des malades guérir de cette affec-

tion, après avoir eu la patience de rester pendant une année entière, renfermés dans leurs appartements, sans s'exposer au contact de l'air extérieur. La peau devra être couverte de flanelle.

L'indication la plus importante à remplir est de soustraire l'organe de la voix à tout exercice; aussi devra-t-on prescrire le silence le plus rigoureux. Si la toux devient trop fréquente, on donnera des narcotiques à l'intérieur, et l'on appliquera sur le cou des cataplasmes arrosés de laudanum. On se trouvera bien de faire des frictions sur le larynx avec une pommade composée de cérat ℥ xj, de belladone ℥ j.

Une fois que l'inflammation n'existera plus et que les produits auxquels elle donne naissance subsisteront seuls, il conviendra d'abandonner les antiphlogistiques pour recourir aux excitants portés à l'intérieur du larynx. Aux vapeurs émollientes devront succéder les vapeurs stimulantes balsamiques. On portera dans l'intérieur du larynx une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent ou de nitrate de mercure. Si on a lieu de soupçonner que la laryngite chronique est sous l'influence d'une cause syphilitique, il faut recourir sans retard à un traitement mercuriel. On voit, dans ces cas-là, des malades au dernier degré de marasme, revenir à la vie comme par enchantement après quelques jours d'un traitement approprié.

5° LARYNGITE AVEC PRODUCTION DE FAUSSES MEMBRANES.

(Croup.)

Caractères anatomiques. Le caractère anatomique de cette affection est la production d'une fausse membrane.

Cette concrétion plastique tapisse tantôt toute la face interne du larynx et pénètre jusque dans les ventricules, tantôt elle est répandue par plaques entre lesquelles on trouve la membrane muqueuse enflammée. Elle a une épaisseur variable, quelquefois elle est très-mince, d'autres fois elle est épaisse de plus d'une ligne. Sa consistance aussi n'est pas toujours la même ; tantôt molle et diffluente, elle est tantôt assez résistante pour être soulevée avec le manche d'un scalpel, et pour être enlevée tout d'une pièce en conservant la forme du larynx.

Les fausses membranes sont composées d'albumine avec une forte proportion de phosphate de chaux et de carbonate de soude. On y a trouvé aussi de la fibrine. Elles sont insolubles dans l'eau chaude ou froide. Elles sont crispées et durcies par les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorique affaiblis. D'après M. Bretonneau, l'acide acétique concentré, l'ammoniaque liquide, les solutions alcalines et une forte solution de nitrate de potasse les ramollissent, les dissolvent et les convertissent en un mucus diffluent et transparent.

Elles n'ont pas de tendance à s'organiser comme on le remarque dans les membranes séreuses; il est fort douteux qu'on y ait constaté une organisation réelle; on les voit bien adhérer aux tissus sous-jacents par des filaments qui, au premier coup d'œil, peuvent être pris pour des vaisseaux ; mais, en les examinant avec attention, on voit que ce sont tout simplement des prolongements pseudo-membraneux. On a aussi parlé de taches rouges disséminées ressemblant à des vaisseaux; il est probable que c'étaient des molécules sanguines, car il faut savoir que la muqueuse du larynx peut sécréter du sang (1).

Si on enlève ces fausses membranes ; on trouve la membrane muqueuse tantôt rouge, épaissie et présentant tous les caractères d'une vive inflammation; tantôt on est tout étonné de la trouver non épaissie et à peine injectée.

Ce n'est pas seulement dans le larynx que sont sécrétées les fausses membranes, on peut les rencontrer simultanément à la trachée-artère, au commencement des bronches et quelquefois jusque dans les dernières ramifications bronchiques. On peut en rencontrer aussi dans le pharynx et dans l'intérieur de la bouche. Dans quelques circonstances cette production de fausses membranes se généralise, pour ainsi dire, et dans tous les points où existent des muqueuses, on trouve de fausses membranes; ainsi quelquefois chez les enfants, on voit les fosses nasales, la vessie de l'estomac même, envahies par des concrétions plastiques.

Causes. Le croup est une maladie de l'enfance, et, quoiqu'on l'ait observée à peu près à toutes les périodes de la vie, c'est à cet âge qu'elle est incontestablement plus fréquente. Voici un relevé de 350 cas d'après les âges.

De la naissance à 11 mois	21 cas.
De 1 à 2 ans.	61.
2 à 3	45.
3 à 4	54.
4 à 5	42.
5 à 6	39.
6 à 7	29.
7 à 8	3.
8 à 9	1.
9 à 10	3.
10 à 11	2.
11 à 12	1.
12 à 13	2.
13 à 14	2.

(1) M. Guersent admet, au contraire que ces petits points rouges sont le commencement de linéaments vasculaires. M. Blache partage cette opinion et se fonde sur ce que ces petites taches ne disparaissent pas après la macération dans l'eau, comme cela arriverait si c'étaient de simples taches sanguines. A. L.

De 14 à 15 ans.	2. cas.
15 à 16	1.
16 à 17	1.
17 à 18	2.
18 à 19	1.
19 à 20	0.
20 à 21	2
à 24	3.
à 25	3.
à 26	1.
26 à 30	0.
à 30	4.
à 34	4.
à 35	0.
à 36	1.
à 42, 44, 45, 49 ans.	1.
à 52 ans.	2.
à 56 et 57 ans.	1.
à 58 ans.	2.
à 60	1.
à 65	2.
à 67	2.
à 70	1.

Il serait naturel de penser que les enfants à tempérament sanguin y sont plus prédisposés que les autres, il n'en est rien cependant; et on pourrait dire, au contraire, avec plus d'exactitude, que le croup se rencontre plus fréquemment chez les enfants faibles et à tempérament lymphatique. Le sexe masculin en est plus souvent affecté ; sur un relevé de 543 cas, nous trouvons 293 individus du sexe masculin, 218 du sexe féminin, et 32 cas où le sexe n'a pas été indiqué. Dans certaines familles, il existe une fatale prédisposition qui fait que tous les membres en sont atteints.

Les influences atmosphériques exercent une action non douteuse sur sa production. Le croup est plus fréquent dans les saisons humides et froides que dans les saisons sèches et chaudes. On l'observe surtout en hiver, au commencement du printemps et à la fin de l'automne. Les variations brusques de température favorisent aussi sa production. Il est fréquent dans les pays humides, sur les bords des fleuves ou de la mer, autour des marais. Ainsi il est constant que le froid humide est une cause puissante de cette affection. J. Franck rapporte qu'après une grande fête donnée à Saint-Pétersbourg, pendant la nuit, une épidémie de croup se manifesta. Cependant on l'observe aussi dans les pays chauds du midi de la France et de l'Europe.

Cette affection est prédominante chez les classes pauvres, dont les enfants sont mal vêtus et mal nourris.

Le croup est ordinairement sporadique, mais il règne quelquefois épidémiquement. On compte 37 épidémies de cette affection une seule a régné dans les pays chauds, à Crémone, en 1747, observée par Ghisi : en France il y en a eu plusieurs; c'est en Allemagne qu'elles ont été plus fréquentes : aux États-Unis on en a observé trois.

Le croup est-il contagieux? Il s'est élevé de longues discussions à cet égard. Remarquons que le croup se complique presque toujours d'angine couenneuse, qui, d'après plusieurs médecins, peut prendre le caractère contagieux; or, il est possible d'admettre que dans les cas où l'on a cru à la contagion du croup, on eût tout simplement affaire à des angines couenneuses. Dans les pensionnats, on voit un enfant être pris de croup sans que les autres le soient. A Paris, à l'Hôpital des enfants, on n'a jamais observé qu'il fût contagieux. Il est endémique dans cette ville, mais on ne peut pas dire qu'il y soit épidémique.

Quelques personnes ont avancé que cette affection était plus fréquente depuis l'introduction de la vaccine; cette assertion est complétement inexacte ; la vérité est que depuis le commencement de ce siècle on l'a mieux observée et qu'elle a frappé les esprits davantage. Il en est de même de bien d'autres maladies.

Symptômes. Ils sont locaux ou généraux.

1° Symptômes locaux. La voix est constamment altérée dans le croup. Au début, elle peut ne présenter rien de particulier, mais bientôt elle éprouve des modifications importantes; on l'a comparée au cri du coq, à l'aboiement du chien, à la voix de quelqu'un qui parlerait à l'orifice d'un tube d'airain, etc. Il est impossible de décrire cette voix croupale, mais elle a quelque chose de si spécial, de si tranché, qu'il suffit de l'avoir entendue une fois pour ne plus l'oublier. Plus tard, la voix n'existe plus, elle s'éteint complétement, et quand le malade veut parler on n'entend qu'un souffle ou un sifflement. Ainsi donc dans le croup on constate deux phénomènes caractéristiques dans la voix, qui consistent dans une altération spéciale et dans l'abolition complète.

La toux est violente, courte, revenant par quintes, et tout aussi caractéristique que la voix croupale; elle est rauque, éclatante, ordinairement sèche, quelquefois accompagnée de crachats muqueux dans lesquels nagent des débris de fausses membranes; dans certaines circonstances ce ne sont plus des débris, mais de larges lambeaux de ces fausses membranes dont la forme rappelle exactement celle du larynx.

La respiration offre aussi des caractères distinctifs. L'enfant atteint de croup fait entendre, sans tousser, sans parler, un bruit qui seul est un signe non douteux pour le praticien : c'est celui que fait l'air à son entrée dans la poitrine et à sa sortie ; c'est un ronflement ou un sifflement continuel. La gêne de la respiration est d'ailleurs en raison directe des altérations de la voix et de la toux, puisque, comme elles, elle est un résultat mécanique de la difficulté qu'éprouve l'air à

traverser ses conduits naturels. Cette dyspnée n'est pas toujours portée à un haut degré, mais elle est incessante et s'exaspère par accès. On voit quelquefois le petit malade se dresser brusquement sur son séant, faire des efforts inouis d'inspiration, porter brusquement la main au larynx comme pour en arracher l'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'air, se lever du lit, parcourir la chambre dans un désespoir frénétique et retomber épuisé pour mourir dans une agonie convulsive. Dans quelques circonstances, vers la fin de la maladie et dans le moment même où la mort est imminente, la dyspnée semble diminuer tout à coup, et cette circonstance pourrait tromper un œil peu exercé; ce n'est pas, en effet, l'obstacle à l'entrée de l'air qui diminue, mais bien les puissances inspiratrices qui perdent toute leur énergie, car l'asphyxie a commencé, et plus la mort est prochaine, plus la respiration semble tranquille.

La douleur au larynx se montre dès le début de l'affection; elle s'irradie vers la trachée, derrière le sternum; les efforts de la toux l'exaspèrent.

2° *Symptômes généraux.* A moins de complication d'une maladie des voies digestives, le croup ne s'accompagne que des vomissements, qui ont lieu pendant les quintes de toux.

La fièvre, dans l'immense majorité des cas, apparaît dès le début et continue pendant toute la maladie, avec un haut degré d'intensité.

L'obstacle apporté à la respiration détermine tous les symptômes de l'asphyxie, qui peut être rapide. Ainsi tout à coup la face se congestionne, les yeux s'injectent, le cou se tuméfie, toute la périphérie du corps devient violette, le pouls tombe et la mort termine la scène. D'autres fois l'asphyxie arrive lentement, la respiration paraît peu gênée; cependant l'air n'arrivant pas en quantité suffisante, le sang mal élaboré traverse le poumon, revient au cœur sans propriétés nouvelles et va porter aux organes une molécule sans vertus et sans force régénératrice. Alors survient un état adynamique qui rappelle le dernier degré du typhus.

En général, les sécrétions ne sont pas altérées. Dans la dernière période de la maladie, le corps se couvre souvent d'une sueur froide et visqueuse. Dans plusieurs circonstances, on a observé dans les urines une matière blanche abondante, qui se dépose au fond du vase; il est possible que ce soient de fausses membranes formées dans la vessie.

Le trouble de l'innervation peut se traduire par des convulsions, par un abattement profond, ou bien par une réaction énergique. Il importe, à ce sujet, de noter deux formes de croup : dans l'une, le malade présente une réaction remarquable, qui se traduit par la rougeur de la face, et un grand déploiement de forces musculaires; dans l'autre, il y a prostration profonde, rapide, et pâleur générale. Ces deux états opposés peuvent se manifester pendant la durée du croup, et se montrer alternativement dans les vingt-quatre heures; ainsi, pendant la nuit, il y aura fièvre intense, agitations, mouvements désordonnés; pendant le jour, le pouls s'affaiblira, et le malade tombera dans un état adynamique.

Début. Le croup ne débute pas toujours de la même manière. Dans quelques circonstances, au milieu des apparences d'une bonne santé, l'enfant est pris tout à coup de douleur à la gorge, sa voix s'altère subitement, la dyspnée est intense aussitôt, une fièvre violente s'allume, et la maladie arrive rapidement au plus haut degré d'intensité. Dans quelques autres, la maladie s'annoncera par une toux à laquelle on n'attachera aucune importance, par un petit enrouement sans mouvement fébrile, puis au bout de quelques jours, ces symptômes s'aggraveront, et le croup se confirmera. Le plus ordinairement, le croup est précédé d'une inflammation simple ou couenneuse de la bouche et du pharynx. Quelquefois, enfin, cette affection s'annonce, non plus par quelque altération des voies aériennes, mais par de la céphalalgie, de l'anorexie, des frissons, et par tous les prodrômes de la plupart des maladies aiguës.

Le croup ne débute pas indifféremment à toutes les heures; son invasion a lieu ordinairement pendant la nuit, et cette invasion n'est pas toujours la même. On a observé assez souvent une forme d'invasion fort singulière, c'est la forme intermittente; ainsi on voit un enfant qui s'est couché dispos et bien portant, être tout à coup réveillé, pendant la nuit, par une toux violente qui se calme bientôt, et qui lui permet de se rendormir; mais une demi-heure ou une heure après, il est réveillé de nouveau par un accès de toux plus violent encore, qui, comme le premier, se calme après quelques instants, pour faire place à un sommeil tranquille; ces accès de toux peuvent paraître et disparaître plusieurs fois; pendant l'intervalle qui les sépare, le sommeil devient de moins en moins profond, moins tranquille, jusqu'à ce que l'agitation s'empare du malade, que la respiration devienne ronflante, et que tous les symptômes du croup se manifestent. Dans quelques cas, c'est la dyspnée qui ouvre la scène, et qui va toujours en augmentant. Dans quelques autres, enfin, dès l'invasion, la toux et la voix deviennent croupales, et les symptômes adynamiques dominent.

Marche. Elle est continue; quelquefois, elle présente des exacerbations périodiques, et d'autres fois, au début surtout, cette singulière intermittence que nous avons déjà signalée.

Durée. Dans l'immense majorité des cas, sa durée est de trois à cinq jours; quelquefois le croup se prolonge pendant neuf à dix jours. Il n'est pas rare de voir la mort arriver en peu d'heures. Dans quelques circonstances rares, il se prolonge pendant quinze ou vingt jours. Enfin, on l'a vu dès son début se montrer sous la forme chronique avec tous ses symptômes caractéristiques, hors un seul, la dyspnée (1).

Traitement. La terminaison la plus commune de cette affection est la mort. Cette terminaison fatale arrive, soit pendant un accès de dyspnée, soit alors que la dyspnée est le moins considérable, pendant l'état typhoïde. Dans les cas où à l'autopsie on ne trouve aucun obstacle mécanique assez considérable pour justifier la mort, la seule explication que l'on puisse en donner, est un état de spasme des muscles du larynx. Quand la mort n'est pas occasionnée par de fausses membranes, elle peut être due à la tuméfaction des lèvres de la glotte; elle peut dépendre du défaut d'oxygénation du sang. A une époque avancée de la maladie, l'organisme entier peut être tellement altéré, que bien que la trachéotomie soit pratiquée, le malade succombe: d'où l'indication importante de pratiquer cette opération avant que le poumon ne puisse plus reprendre ses fonctions. La mort peut arriver, non plus par le larynx ou par les poumons, mais par une congestion cérébrale; enfin elle peut être occasionnée par des phlegmasies intercurrentes.

Quoique la mort soit la conséquence ordinaire du croup, ce n'est pas cependant une terminaison nécessaire; la guérison peut arriver, soit par les secours de l'art, soit par les efforts de la nature. On estime que, sur dix enfants atteints par le croup, on en sauve un à peine. Dans une épidémie qui eut lieu en 1825, dans un petit village, près de la Ferté-sous-Jouarre, il y eut soixante morts, sur soixante enfants atteints par le croup.

Complications. La plus fréquente est celle de l'angine pharyngienne couenneuse, qui l'accompagne presque toujours, et qui, dans la grande majorité des cas, marque le début de l'affection. Les affections gastro-intestinales compliquent souvent le croup. La bronchite coïncide souvent avec lui. Les affections du poumon et de la plèvre sont des complications très-fréquentes. Quelquefois la coqueluche coïncide avec le croup, et cette coïncidence a été toujours une circonstance favorable. Il est assez rare de rencontrer le croup avec les maladies éruptives.

Diagnostic différentiel. Le croup se distingue des laryngites ordinaires par la toux qui, dans celles-ci, n'est point sifflante, mais sonore, aiguë, plus sèche et très-douloureuse. La voix n'a pas ce caractère distinctif comme dans le croup. Dans la laryngite œdémateuse, il y a bien aphonie et un sifflement du larynx, mais la toux et la voix ne sont pas caractéristiques, et la suffocation ne revient pas par accès comme dans le croup. Dans quelques cas, à l'occasion d'un simple rhume, les muscles du larynx entrent dans un état de spasme tel, que le calibre du larynx est singulièrement rétréci, et que tous les accidents du croup se manifestent; mais ces accidents ne sont que momentanés, ils disparaissent très-vite, et la circulation reprend son cours habituel, tandis que, dans le croup, la fièvre, loin de disparaître, s'accroît incessamment (2).

Pronostic. D'après ce que nous venons de dire, le croup est une maladie très-grave. Quelques médecins le considèrent comme presque toujours curable, d'autres désespèrent dans tous les cas. La vérité est que cette affec-

(1) M. Guersent, dont l'opinion est très-imposante sur cette matière, n'admet pas que le croup passe jamais à l'état chronique; il pense que l'on a donné ce nom à des trachéites et à des bronchites chroniques pseudo-membraneuses ou à des maladies chroniques qui se sont terminées plus ou moins promptement par des espèces de croups adynamiques. A. L.

(2) Dans l'article croup du *Dictionnaire de Médecine* en 25 vol., M. Guersent distingue du vrai croup une maladie qu'il désigne sous le nom de *laryngite striduleuse ou pseudo-croup*, et qu'il divise en *laryngite striduleuse simple* et en *laryngite striduleuse compliquée.* Il ignore le caractère anatomique de la première de ces affections, aucun malade n'ayant succombé. Les caractères qui la distinguent, du vrai croup sont d'abord la toux qui est éclatante, sonore, tandis que dans le croup elle est sourde métallique, étouffée et rentrant en dedans; la voix ne se perd pas, elle est seulement enrouée, mais distincte. Le malade est sans fièvre. Le début de cette affection est brusque; au milieu de la nuit le malade est réveillé par une quinte de toux, par une suffocation imminente. Après plusieurs accès qui sont de moins en moins graves, les symptômes disparaissent après quelques heures, pour reparaître vingt-quatre heures après, mais beaucoup moins forts. Dès le second ou le troisième jour, la toux s'humecte, les quintes deviennent de plus en plus courtes, et après un espace de temps plus ou moins long, la maladie se termine comme un simple rhume. Cette affection n'a besoin que d'un traitement très-simple, car elle guérit toujours facilement d'elle-même.

La laryngite striduleuse peut se compliquer de pneumonie, d'angine couenneuse, et dans ces cas, on conçoit combien le diagnostic doit être embarrassant. M. Guersent rapporte aussi à la laryngite striduleuse compliquée les prétendus croups nerveux dans lesquels on ne retrouve aucun vestige de fausses membranes, ni aucune trace de phlegmasie: croups cependant très-graves et mortels, et s'accompagnant de symptômes adynamiques ou ataxiques.

On voit que, malgré les travaux importants qui ont été publiés sur le croup depuis le commencement du siècle, bien des points obscurs restent encore à éclairer et que le diagnostic de cette affection n'est pas toujours aussi facile que l'ont prétendu certains médecins. A. L.

tion est le plus souvent mortelle, mais qu'il ne faut jamais désespérer, car on voit les croups les plus graves se terminer par le retour à la santé.

Traitement. En présence d'une maladie si fatalement rapide, quelle rapidité ne doit pas avoir le traitement ! Aussi, gardez-vous bien d'abandonner le croup à lui-même, il est dans ces cas nécessairement mortel. Mais quel traitement lui opposer ? Un grand nombre de méthodes ont été préconisées. Les unes consistent dans l'emploi exclusif des antiphlogistiques ; les autres dans l'usage des irritants sur les voies digestives ; quelques médecins n'emploient que les révulsifs à la peau, quelques autres ont cherché à modifier la nature du sang ; il en est enfin qui n'espèrent qu'en l'introduction artificielle de l'air et qui ont recours à l'opération de la trachéotomie.

Examinons ces différents modes de traitement.

1° *Émissions sanguines.* Les résultats fournis par l'observation ont démontré que les émissions sanguines jouissent d'une efficacité incontestable dans le traitement du croup. La saignée par la veine est employée aux Etats-Unis chez les enfants âgés de moins d'un an. En France, on n'a pas eu recours à ce moyen. A Genève, on ouvre la saphène. Si l'on se décide à employer la saignée générale, il faut varier la quantité de sang que l'on extrait selon l'âge du sujet ; chez les enfants on en tirera en général une once et demie par chaque année.

Les sangsues doivent être employées de préférence. On les applique autour du cou, sur les côtés et au-dessus du sternum au-dessous de la clavicule. On peut appliquer des ventouses sur les piqûres des sangsues.

Il importe de ne pas pousser trop loin les émissions sanguines, sous peine de voir arriver des défaillances et des syncopes pendant lesquelles l'enfant peut mourir asphyxié. Ce n'est pas d'ailleurs pour juguler cette inflammation qu'il convient d'employer les émissions sanguines, mais seulement pour la modifier, pour la modérer dans sa marche. Tirer du sang n'est pas la seule indication, ce serait une erreur funeste de le croire ; il est bien vrai qu'il s'est présenté des cas où une émission sanguine considérable a enlevé instantanément tous les phénomènes du croup, mais il s'en est présenté d'autres bien plus nombreux où elles n'ont produit aucune amélioration, et dans quelques cas, elles ont été nuisibles, en affaiblissant outre mesure les malades, et en privant les muscles expirateurs de la force nécessaire à l'expulsion des fausses membranes. Il est des enfants dont la constitution est si faible que la plus petite saignée détermine des syncopes qui peuvent entraîner la mort ; gardez-vous d'employer les émissions sanguines chez ces petits être grêles et chétifs.

2° *Révulsifs.* On doit les employer à la peau dans cette forme du croup qui se présente avec des symptômes adynamiques. On pratique des frictions stimulantes, on promène des sinapismes sur les membres, on établit des vésicatoires sur les parties latérales du cou. Quand la réaction est peu intense, on peut plonger le malade dans un bain très-chaud. On a proposé l'application de la glace pilée sur le larynx ; quand on réfléchit combien le froid est dangereux dans les inflammations dont les muqueuses aériennes sont le siége ; quand on sait que le croup est souvent compliqué de phlegmasies du poumon ou de la plèvre, on doit accueillir avec réserve les faits de guérisons obtenues par ce moyen, et on doit admettre que quand il n'a pas été nuisible, il n'a jamais été utile.

3° *Dérivatifs sur les organes digestifs.* Les vomitifs sont employés par un grand nombre de praticiens, soit pour déplacer l'inflammation, soit pour solliciter des efforts de vomissement qui concourent à l'expulsion des mucosités ou des fausses membranes. Une indication importante à remplir quand on emploie un vomitif, c'est de l'administrer au moment même où on applique les sangsues et quand elles commencent à mordre, à moins que l'on ne craigne que l'irritation que leur piqûre détermine à la peau ne réagisse sur le larynx, cas dans lequel il serait prudent d'attendre avant de l'administrer. On a recours à un demi-grain d'émétique dans une pinte de tisane.

Quelques praticiens font un grand usage des purgatifs ou de lavements purgatifs. Il faut être très-prudent sur leur administration, car ils peuvent déterminer une faiblesse qui hâte la mort.

Quant aux symptômes inflammatoires se joignent des symptômes nerveux, il faut se hâter de diriger contre ceux-ci une médication appropriée, car ils concourent au resserrement spasmodique de la glotte ; dans ces cas, on emploiera avec avantage des lavements de musc, de camphre ou d'assa-fœtida. Ces médicaments seront encore utiles dans la période asthénique en relevant les forces du malade et en déterminant une réaction qui permettra l'expulsion des fausses membranes.

Dans les croups avec prédominance de l'excitabilité nerveuse, les narcotiques peuvent être employés avec succès ; mais les cas où leur emploi est utile sont excessivement restreints, est leur administration intempestive peut être mortelle.

Quand les symptômes se manifestent sous une forme comateuse, les excitants généraux sont utiles. Jurine proposait dans ces cas-là de réveiller le malade d'heure en heure et de

rompre ainsi les périodes de l'inflammation.

Si les accès se présentaient sous une forme réellement périodique, on serait autorisé à donner le quinquina.

4° On a cherché jusqu'à quel point, en introduisant certaines substances dans le sang, on pourrait prévenir la production des fausses membranes en transformant la maladie en une simple laryngite. Diverses substances ont été essayées. Quelques médecins ont prétendu être arrivés à ce résultat par l'emploi du mercure, ou de quelques-unes de ses préparations, comme le calomel, auxquelles on attribuait la propriété de modifier la sécrétion muqueuse. D'autres ont préconisé l'ammoniaque liquide (Goutt, IV, en boisson), son carbonate (en liniment : carbonate d'ammoniaque ʒj; cérat ℥j). On a attribué de grandes propriétés au sulfure de potasse mêlé au miel. M. Piorry, dans ces dernières années, a essayé d'introduire directement et mécaniquement une certaine quantité d'eau dans le sang, afin de diminuer la plasticité de ce liquide et de prévenir la formation des fausses membranes. On a aussi employé les vapeurs d'acide hydrochlorique, les insufflations d'alun, etc, etc. Tous ces moyens tour à tour préconisés, tour à tour dédaignés, manquent, pour la plupart, d'une condition rigoureuse pour qu'ils soient adoptés par un praticien sage : de la sanction de l'expérience.

5° Les moyens chirurgicaux employés contre le croup consistent dans la trachéotomie, dont le but est de faciliter l'entrée de l'air par une ouverture accidentelle.

Il y a peu de temps encore que lorsque le malade était dans la dernière période de la maladie, alors que le mal avait abattu et amené sa victime sur les bords de la tombe, on se demandait seulement alors s'il fallait ouvrir la trachée. Dans des occasions rares l'opération était entreprise, et quand elle l'était, le malade, à coup sûr, mourait dans les bras de l'opérateur. Depuis que M. Bretonneau a appelé l'attention sur les conditions nécessaires à la réussite de cette opération; depuis que M. Velpeau, le premier, l'a mise à exécution; depuis que M. Trousseau l'a pratiquée un grand nombre de fois, elle a pris dans la thérapeutique du croup, le rang et l'importance qu'elle mérite. A quelle époque de la maladie cette opération doit-elle être tentée? Ce n'est pas, comme on le faisait autrefois, à la dernière période du mal, mais bien pendant que la nature n'a pas encore épuisé ses ressources, pendant que le poumon est encore sain; car plus tard il ne fonctionne plus et il serait inutile de lui rendre de l'air sur lequel il ne peut plus réagir. On sait en effet qu'il est très-fréquent de trouver après le croup le poumon congestionné, enflammé ou emphysémateux. On sait aussi que plus longtemps a existé la gêne de la respiration, plus est considérable l'engorgement des vaisseaux du cou, circonstance qui rend l'opération beaucoup plus difficile.

Ce n'est pas tout que d'ouvrir la trachée, il faut en retirer les fausses membranes qui la tapissent, soit à l'aide des pinces, soit au moyen d'instruments que M. Bretonneau appelle *écouvillons*.

On ne remplirait pas encore toutes les conditions de succès si après avoir pratiqué une entrée à l'air et avoir *écouvillonné* les conduits qui lui donnent passage, on ne s'opposait à la formation nouvelle des fausses membranes au moyen de la cautérisation. Celle-ci se pratique en portant dans les canaux aériens une solution de nitrate d'argent à l'aide d'une fine éponge fixée au bout d'une tige flexible de baleine.

Telle est cette opération, qui compte déjà un certain nombre de succès. Jusqu'à quel point doit-on la préférer aux simples antiphlogistiques ? C'est ce que l'avenir décidera; la question est encore en litige et ne sera définitivement jugée que lorsque la science pourra établir son opinion sur de larges bases et de nombreuses observations (1).

6° LARYNGITE OEDÉMATEUSE.

(OEdème de la glotte.)

Cette maladie ne devrait pas porter ce nom, car ce n'est pas dans la glotte que siége l'œdème, mais dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve au-dessus d'elle, et sur les côtés du larynx.

Cette affection peut n'être qu'un résultat de l'inflammation du larynx, mais, hâtons-nous de le reconnaître, elle peut aussi exister sans elle, et, pour être exact et fidèle à l'observation, il convient de la décrire séparément. Il y a d'ailleurs, à ce sujet, divergence d'opinions. Quelques médecins la considèrent comme étant toujours symptomatique, les autres comme étant toujours idiopathique. A l'autopsie, en effet, on trouve dans le tissu cellulaire un produit nouveau qui n'est pas toujours semblable à lui-même; ainsi, dans quelques cas où pendant la vie tous les symptômes de l'œdème s'étaient manifestés, on a trouvé du pus; dans quelques autres c'était de la sérosité. Les observateurs qui ont rencontré le pus n'ont pas manqué de conclure que l'œdème de la glotte était le résultat consécutif de l'inflammation du larynx, et ceux qui n'ont rencontré que la sérosité ont soutenu que cette maladie était idiopathique. Comme faits d'observation ces deux opinions sont exactes, et tout ce qu'il est permis d'en conclure c'est que

(1) Les faits de trachéotomie connus jusqu'à ce jour s'élèvent à soixante, sur lesquels il y a dix-huit guérisons avérées. A. L.

l'œdème n'est pas toujours semblable à lui-même, et que lorsqu'il n'est caractérisé anatomiquement que par une infiltration de sérosité, il doit être considéré comme idiopathique, mais qu'il est consécutif à l'inflammation du larynx quand on trouve du pus où de la sérosité purulente.

Cette maladie est donc caractérisée anatomiquement par le gonflement, la tuméfaction des replis muqueux, qui vont de l'épiglotte aux cartilages arythénoïdes (ligaments arythéno-épiglottiques). Cette tuméfaction peut se borner à ce point, comme elle peut s'étendre au delà, et soulever la muqueuse jusqu'aux cordes vocales. Ces replis muqueux se présentent sous la forme de deux bourrelets plus ou moins volumineux, mais jamais au point d'obstruer complétement le larynx. Le gonflement peut affecter inégalement les deux replis et même être borné à un seul. Comme nous l'avons déjà dit, ces replis muqueux peuvent être infiltrés par de la sérosité, mêlée à du pus, ou par du pus seulement.

Causes. Dans la plupart des cas, il est impossible d'assigner une cause évidente à l'œdème de la glotte. On l'a quelquefois observé dans la convalescence des fièvres graves, et sur des individus affaiblis par des maladies antérieures. Fréquemment il s'est montré pendant la laryngite chronique.

Symptômes. Le symptôme saillant et le plus caractéristique, est la difficulté extrême de l'inspiration, qui est sifflante, tandis que l'expiration est libre et facile. Au moment, en effet, où l'air pénètre dans le larynx, il pousse au-devant de lui les ligaments arythéno-épiglottiques épaissis, qui viennent boucher la glotte, tandis que pour sortir, l'air repousse en haut ces mêmes ligaments, et son issue est libre. Ce symptôme peut survenir tout à coup, le larynx étant auparavant dans l'état normal; il peut survenir, cet organe étant malade depuis plus ou moins de temps, circonstances qui doivent faire admettre dans l'œdème de la glotte : 1° une forme aiguë ; 2° une forme sub-aiguë; 3° une forme chronique.

1° *Forme aiguë.* On pourrait dans quelques cas, l'appeler foudroyante. Sans prodrômes, sans altération antécédente, on voit tout à coup survenir une dyspnée redoutable, la toux et la voix deviennent croupales, et la mort arrive quelques instants après l'invasion de la maladie. Un homme, dit Boerrhaave, assis à un festin, sent tout à coup sa voix devenir aiguë et sifflante; les convives s'imaginent que c'est un jeu. Détrompés trop tard, ils ont la douleur de voir ce malheureux périr sans secours.

2° *Forme sub-aiguë.* C'est la plus commune. Dans cette forme, il existe une première période caractérisée par un peu de malaise et de gêne dans le larynx; mais ces symptômes sont si peu intenses qu'il peut se passer plusieurs jours sans que le malade ou les gens de l'art s'en inquiètent. Cette gêne est quelquefois momentanée, et ne se fait sentir que par intervalle. Mais bientôt elle augmente. Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger dans le larynx; la toux et la voix deviennent croupales; la dyspnée se caractérise, c'est-à-dire que l'inspiration devient de plus en plus difficile, tandis que l'expiration reste libre et aisée. Il survient des accès de suffocation pendant lesquels la circulation se trouble, le pouls est petit, la peau froide et injectée; pendant lesquels enfin se montrent tous les phénomènes de l'asphyxie, qui termine ordinairement la scène. Comme dans le croup, la mort peut être le résultat de l'altération de l'hématose, par suite de la perte de la vitalité des organes pulmonaires. Cette forme de la maladie peut durer quinze jours; sa durée moyenne est de cinq à six jours.

3° *Forme chronique.* Dans cette forme, les mêmes symptômes se manifestent, mais plus faiblement, plus lentement pour arriver après un temps plus ou moins considérable à une même terminaison funeste.

Ainsi donc, dans l'œdème de la glotte, le symptôme pathognomonique est la gêne de la respiration, qui est douloureuse et bruyante pendant l'inspiration, libre et facile pendant l'expiration; raucité de la voix qui devient aiguë et sifflante, toux rauque, sifflante et convulsive, accès de suffocation pendant lesquels le malade périt le plus ordinairement.

Diagnostic différentiel. On s'assurera que l'on n'a pas affaire à un corps étranger, dont la présence détermine les mêmes phénomènes que l'œdème de la glotte, par les circonstances commémoratives. Il est bien difficile de distinguer cette affection du croup, si ce n'est par l'âge des malades; on sait en effet, que le croup est une affection rare chez les adultes, tandis que l'œdème de la glotte n'a été guère observé qu'à cet âge. On sait que certains anévrysmes de l'aorte, en comprimant la trachée, déterminent une dyspnée et des accès de suffocation fort analogues à ce qu'on observe dans l'œdème de la glotte. Les commémoratifs, la marche et la durée de la maladie, les symptômes de l'appareil circulatoire suffiront à l'observateur attentif pour établir son diagnostic.

Pronostic. Il est extrêmement fâcheux, car il est peut-être sans exemple que l'œdème de la glotte se soit terminé d'une autre manière que par la mort.

Traitement. Dans cette affection redoutable, on doit agir énergiquement et vite. La première indication à remplir est de tirer largement du sang par la saignée générale, que l'on fera suivre immédiatement d'un vomitif ou d'un purgatif. On appliquera des sangsues

en grand nombre autour du col, on réagira de nouveau, au bout de quelques instants, sur le canal intestinal; on appliquera des sinapismes aux extrémités inférieures; en un mot, on emploiera un traitement éminemment perturbateur.

On a proposé d'introduire une sonde pour comprimer les parties œdématiées. Il n'est pas probable qu'on obtînt de bons effets de cette pratique. On peut en dire autant de la compression exercée sur le larynx, à l'aide des doigts, car l'inflammation que cette manœuvre déterminerait, ajouterait à la gravité des accidents.

Enfin, la trachéotomie a été proposée comme dernière planche de salut. Ici, comme dans le croup, il est important, quand on veut recourir à cette opération, de ne pas en compromettre le succès par le retard trop prolongé. N'attendez pas, pour la pratiquer, que toute réaction soit éteinte, et que les forces vitales aient perdu leur énergie. C'est là une condition essentielle, et que n'ont pas assez appréciée les médecins qui, les premiers, ont eu recours à ce moyen.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION DU LARYNX.

Le larynx, comme tous les autres organes, présente des altérations de sécrétion. Le mucus sécrété par la membrane muqueuse peut être augmenté de quantité, comme on le voit chez les enfants dont la muqueuse bronchique exhale un mucus abondant, sans qu'il y ait du reste aucun signe d'inflammation.

LÉSIONS DE NUTRITION DU LARYNX.

Les cartilages du larynx peuvent s'hypertrophier, et cette *hypertrophie* ne déterminera pas d'accident, si elle ne s'étend pas trop loin; si, au contraire, elle envahit un certain espace, en rétrécissant la cavité du larynx, elle fera naître tous les accidents de la suffocation. Il existe un cas de cette altération. Il y avait eu, pendant la vie, gêne habituelle au larynx et dyspnée progressive. A l'autopsie le cartilage cricoïde fut trouvé hypertrophié.

L'*ossification* plus ou moins avancée, peut aussi s'emparer des cartilages du larynx; la science en possède quelques exemples.

Parmi les *produits morbides*, les plus communs qu'on puisse trouver dans le larynx sont les tubercules, siégeant dans la membrane muqueuse. Dans l'immense majorité des cas ce n'est qu'une complication de la phthisie pulmonaire. Dans les cas rares où ils apparaissent primitivement au larynx, ils se présentent sous l'aspect de petites tumeurs ayant tous les caractères qui distinguent les tubercules et ne donnant lieu à aucun accident quand ils sont en petit nombre et d'un petit volume. Quand ils sont en assez grande quantité et qu'ils se terminent par ramollissement et ulcération, ils déterminent les lésions fonctionnelles que nous avons déjà examinées en traitant de la *laryngite chronique*.

Enfin des *concrétions calculeuses* et des paquets d'*hydatides* ont été trouvés dans les ventricules du larynx.

LÉSIONS D'INNERVATION.

NÉVROSES DU LARYNX.

Nous établirons trois espèces de névroses du larynx, selon que tel ou tel symptôme prédomine ;

1° Névrose caractérisée par une altération de la voix;

2° Névrose caractérisée par une toux particulière;

3° Névrose caractérisée par la contraction spasmodique des muscles du larynx.

1° *Névrose caractérisée par l'altération de la voix.* La voix peut être modifiée dans son timbre et dans son étendue, mais en se conservant encore. Elle peut être entièrement abolie, altération qui constitue l'aphonie nerveuse, qui peut naître sous des influences toutes morales. Elle s'observe quelquefois après des accès d'hystérie; on l'a vue survenir pendant l'ivresse; l'opium, la belladone l'ont aussi déterminée; elle est survenue aussi après l'ingestion de champignons vénéneux; la présence d'une grande quantité de vers peut la déterminer; elle survient après la section ou la désorganisation du nerf récurrent; une tumeur qui comprime ces nerfs peut lui donner naissance.

Cette aphonie se montre parfois d'une manière irrégulière, périodique ou continue. Quelquefois on n'observe d'autre accident que la perte de la voix. Chez les hystériques cette altération ne dure que quelques heures; chez d'autres individus elle peut se prolonger pendant plusieurs années et durer même jusqu'à la mort. On l'a vue disparaître spontanément, comme elle était venue, après une émotion morale.

La voix, au lieu de s'éteindre et de s'anéantir, peut présenter une altération remarquable caractérisée par une expulsion brusque de l'air et par une contraction involontaire des muscles : d'où résultent des sons bizarres, imprévus, une sorte d'aboiement qui donnent aux individus atteints de cette altération une singularité profonde.

Qu'opposer à ces altérations diverses de la voix? L'art est ici tout à fait impuissant. S'il était possible d'espérer quelques résultats avantageux, on ne pourrait les obtenir que par un traitement profondément perturbateur, par les antispasmodiques énergiques et peut-être par le galvanisme.

2° *Névrose caractérisée par la toux.* On voit des individus qui sans avoir jamais présentée la moindre trace d'inflammation laryn-

gienne sont tourmentés par une petite toux sèche, saccadée, fatigante. Elle survient quelquefois après des émotions morales très-vives; elle termine souvent les accès d'hystérie.

3° *Névrose caractérisée par la contraction spasmodique des muscles du larynx.* C'est l'affection désignée par M. Guersent sous le nom de *pseudo-croup*, et décrite dans plusieurs ouvrages sous le nom d'*asthme aigu* de *Millar*. Cette névrose survient dans l'état de santé le plus parfait. Elle débute au milieu de la nuit; une sensation pénible réveille le malade, il pousse un cri étouffé, il suffoque, il s'agite, fait de grands efforts pour introduire l'air dans les poumons, et la mort serait la conséquence de tous ces symptômes, s'ils ne se calmaient bientôt après, et sous l'influence du traitement le plus simple. Cette névrose n'est grave en effet que lorsqu'elle se complique de quelque autre altération (1).

—

MALADIES DE LA TRACHÉE-ARTÈRE ET DES BRONCHES.

LÉSIONS DE CIRCULATION.

Hypérémie.

Hypérémie active. La muqueuse trachéo-bronchique peut présenter une simple congestion sanguine ou hypérémie. Dans les grosses bronches l'existence de cette congestion ne détermine pas d'accidents appréciables; mais quand elle existe dans les petites bronches, la muqueuse qui les revêt ne pouvant se congestionner sans se tuméfier, il en résulte un rétrécissement de leur calibre et, comme conséquence, une gêne de la respiration donnant lieu au râle sibilant ou ronflant, proportionné à l'intensité de la tuméfaction.

Le plus ordinairement cette hypérémie ne détermine d'autres accidents que la gêne de la respiration. Souvent au milieu de la dyspnée il survient une quinte de toux qui favorise l'expulsion de mucosités, expulsion qui soulage le malade.

On devra traiter assez activement cette congestion. Les émissions sanguines seront utiles toutes les fois qu'elle sera considérable et qu'il se manifestera des symptômes généraux. On obtient d'heureux effets des révulsifs portés sur l'intestin, et souvent un léger purgatif fait cesser tous les accidents.

Il importe de détruire aussitôt qu'on le peut la prédisposition que présentent certains individus à ces congestions, car la muqueuse finit par s'hypertrophier en déterminant des accidents plus ou moins graves. Dans ces cas, on se trouvera bien d'entretenir longtemps des exutoires.

Hypérémie passive. Il n'est pas rare de rencontrer sur les vieillards, la muqueuse bronchique congestionnée; cette congestion coïncide presque toujours avec celle qui se porte sur les yeux.

— *Mécanique.* Tous les obstacles à la circulation déterminent une hypérémie mécanique sur la muqueuse bronchique, aussi est-elle très-fréquente dans l'hypertrophie du cœur.

L'*anémie* de cette membrane muqueuse n'a point été observée.

DE LA BRONCHITE AIGUE.

Nous désignons sous ce nom l'inflammation aiguë des bronches et de la trachée, maladie souvent décrite sous le nom de catarrhe pulmonaire, de fièvre catarrhale, etc, etc. Sous le nom de *grippe*, d'*influenza*, elle a quelquefois régné épidémiquement.

C'est une maladie très-fréquente et qui attaque la plupart des hommes plusieurs fois dans le cours de leur vie.

Caractères anatomiques. Le siége de cette maladie est la muqueuse trachéo-bronchique. Comme dans toutes les inflammations, on trouve cette membrane rouge, et cette rougeur peut n'exister que dans les grosses bronches, ou spécialement dans les moyennes ou dans les petites; elle peut envahir tout l'arbre bronchiqne. L'inflammation peut être bornée aux ramifications bronchiques d'un seul poumon, ou bien attaquer celles de ces deux organes. En même temps qu'elle est rouge, la muqueuse est aussi tuméfiée et, comme nous l'avons déjà remarqué, la tuméfaction ne détermine aucun accident quand elle existe sur les grosses bronches, mais donne lieu à une dyspnée plus ou moins considérable quand elle atteint les petites. Dans les cas d'inflammation violente la muqueuse peut être trouvée diminuée de consistance et ramollie. Cette muqueuse sécrète des mucosités dont la quantité peut être augmentée et la qualité altérée; ainsi on trouve quelquefois un mucus visqueux, adhérant aux bronches et dont l'expuition est très-difficile; dans certains cas, ce mucus est purulent quoiqu'il soit rare de trouver du pus véritable. Enfin, dans quelques cas encore plus rares, on a rencontré de fausses membranes siégeant soit dans les petites, soit dans les grosses bronches.

Causes. On doit les diviser en causes externes et en causes internes.

Parmi les causes externes, la plus puissante, sans contredit, est l'influence atmosphérique; ainsi il est constant que l'air froid et humide, que les saisons et les climats où cette circonstance se présente plus fréquemment, agissent puissamment dans la production de la bronchite. Cette maladie se produit aussi dans les brusques variations de température. Sur cinquante-six épidémies principales de bronchite

(1) *Voyez* la note de la page 91, 2e colonne.

qui ont régné en Europe depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, vingt-deux ont eu lieu en hiver, douze au printemps, onze en automne et cinq en été; parmi les quatre autres, deux ont sévi pendant toute une année, une pendant l'hiver et le printemps, et une enfin pendant l'automne, l'hiver et le printemps.

L'exposition subite au froid humide, pendant que le corps est échauffé, est une des causes occasionnelles les plus fréquentes de la bronchite. Dans quelques cas on l'a vue succéder à l'inspiration de l'air chargé de quelques substances irritantes gazeuses, liquides ou solides.

La vieillesse, l'enfance, une constitution faible, favorisent la production de cette maladie. Cependant les hommes y sont plus sujets que les femmes, sans doute parce qu'ils sont plus exposés qu'elles aux causes occasionnelles qui la produisent.

Les maladies du parenchyme pulmonaire, la pleurésie, l'entérite folliculeuse, les affections organiques du cœur et de l'aorte, la bronchite chronique, sont des causes fréquentes de la bronchite aiguë. Elles accompagnent toujours la rougeole et souvent les autres maladies exanthématiques.

Le plus ordinairement sporadique, elle règne quelquefois épidémiquement. A l'hôpital des enfants à Paris, on peut dire que cette maladie est endémique.

Symptômes. La bronchite aiguë donne lieu à des symptômes locaux et à des symptômes généraux.

1° *Symptômes locaux.* La toux est le symptôme le plus constant, elle existe toujours, mais avec une intensité variable. Elle est quelquefois fort légère, d'autres fois fort intense et revenant par quintes, surtout par l'impression du froid. Cette toux incommode et douloureuse, est communément sèche dans le début; mais elle devient bientôt humide, et dès le second ou le troisième jour une matière séreuse, mêlée à une écume blanchâtre, est rendue par une expectoration difficile et quelquefois convulsive. Cette matière devient tous les jours plus abondante en augmentant de consistance, et elle devient d'autant plus visqueuse et filante que l'inflammation est plus intense. Plus tard sa quantité diminue, mais sa consistance augmente, et de jour en jour les crachats deviennent plus épais et plus opaques. Vers la fin de la maladie, ils deviennent blancs, jaunes ou verdâtres, et tantôt ils sont adhérents au fond du vase, tantôt ils sont suspendus dans une mucosité transparente ou trouble. Quelquefois, et cela s'observe surtout à la fin de la rougeole, les crachats ressemblent à du pus; parfois ils sont teints par la matière colorante de la bile, et dans quelques circonstances, on y remarque des stries de sang qui doivent cependant être distinguées de celles qui colorent les crachats des pneumoniques. On y trouve dans quelques cas des débris de fausses membranes. On a vu des hémoptysies abondantes signaler le début de la bronchite aiguë sans que rien pût faire soupçonner la présence de tubercules pulmonaires.

La douleur dans la trachée et dans les bronches n'est pas un symptôme constant. Dans quelques cas, elle est peu intense et consiste dans un sentiment de chaleur dans toute la poitrine, et dans un picotement incommode le long de la trachée. Elle s'exaspère au moment des quintes, et alors elle est très-aiguë, déchirante, et se faisant sentir surtout derrière le sternum et dans le dos. Les accès de toux étant passés, la douleur s'apaise peu à peu pour revenir avec intensité aussitôt que les quintes reparaissent.

La respiration est plus ou moins gênée dans la bronchite aiguë, selon que l'inflammation occupe les grosses ou les petites bronches; la gêne peut être portée au point de déterminer une suffocation mortelle. En général, cependant, la respiration est peu altérée, si ce n'est pendant et après les quintes; mais lorsque l'inflammation est très-intense, la gêne et la fréquence sont extrêmes, surtout pendant les exacerbations du soir.

La percussion, dans la plupart des cas, ne donne que des signes négatifs; mais ces signes, tout négatifs qu'ils sont, ont néanmoins une grande importance, puisqu'ils distinguent la bronchite de la pneumonie.

L'auscultation, quand l'inflammation est bornée aux grosses bronches, ne fournit aussi que des renseignements négatifs; elle ne fait entendre que le murmure respiratoire; mais encore ici, ce renseignement négatif a quelque valeur, car nous verrons que, dans la pneumonie, il en est tout autrement. Quand l'inflammation occupe les petites bronches, l'auscultation fait entendre différents râles. Tantôt c'est un râle sec, et cela arrive quand la muqueuse bronchique est épaissie; l'air, en effet, trouvant un conduit rétréci, doit le traverser avec bruit. Ce râle présente deux variétés, le râle sibilant et le râle ronflant. Le râle sibilant indique toujours une grande difficulté de la respiration, et annonce que la bronchite est à son summum d'intensité; il est remplacé par le râle ronflant, quand la maladie s'avance vers une terminaison heureuse. Tantôt c'est un râle humide, et sa présence indique une exhalation de mucosités.

Ce râle humide n'est pas toujours semblable à lui-même. Laënnec avait établi que toute bronchite avec sécrétion de mucosités était caractérisée par un râle particulier, qu'il appelait râle muqueux, râle dû à l'air qui traverse et bat les mucosités qui obstruent les

bronches. Mais par cela seul que l'auscultation fera entendre d'autres râles que le muqueux, sera-t-on en droit de conclure qu'il n'y a pas bronchite? Non; et en effet, il a été démontré que le râle crépitant, par exemple, peut exister sans qu'il y ait pour cela aucune lésion du poumon. Ce râle crépitant arrive par degrés insensibles au râle muqueux, et cette transition caractérise le râle sous-crépitant. La bronchite qui accompagne toujours la rougeole, fait entendre un râle crépitant, sans qu'il y ait cependant inflammation du poumon.

Quelquefois la bronchite détermine un bruit de gargouillement analogue à celui qu'on entend lorsqu'il existe des cavernes pulmonaires; cela arrive quand il existe dans les bronches un liquide que l'air peut traverser.

2° *Symptômes généraux.* La bronchite aiguë détermine de la céphalalgie qui, d'abord, ne se fait sentir que pendant les quintes de toux, et qui devient ensuite continue. Il y a rougeur et gonflement de la face, l'appétit est nul, la soif peu vive, la langue blanche, la bouche pâteuse. Dans quelques cas, les efforts de toux déterminent des vomissements; la réaction fébrile est plus ou moins intense, la peau chaude, l'urine rare et foncée. Ces symptômes sont plus ou moins intenses, selon la gravité de l'inflammation, et ils présentent ordinairement une exacerbation le soir. Dans quelques circonstances, d'autres muqueuses que la bronchique s'enflamment consécutivement à l'inflammation de celle-ci, la fièvre devient alors intense, et caractérise ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *fièvre catarrhale*.

La *durée* de la bronchite aiguë varie de une à deux semaines.

Sa *terminaison* la plus commune est le retour à la santé; cette terminaison heureuse est souvent jugée par des sueurs copieuses ou par des urines sédimenteuses. Lorsqu'une inflammation intense s'est étendue jusqu'aux petites bronches, cette maladie peut se terminer par la mort, en déterminant une véritable asphyxie. Il peut en être de même, lorsque la muqueuse sécrète une si grande quantité de mucosités en un court espace de temps que l'expectoration ne peut les rejeter au dehors. C'est dans ces cas-là, qu'à l'autopsie, on trouve les bronches gorgées de mucosités abondantes et puriformes. La bronchite aiguë peut passer à l'état chronique. Elle peut aussi se transformer en pneumonie. La terminaison peut encore en être fatale, lorsqu'après avoir traîné en langueur, elle s'accompagne d'un mouvement fébrile appelé *fièvre hectique*; le malade maigrit, le redoublement de fièvre du soir s'établit franchement, les digestions s'altèrent, la toux augmente, des tubercules se forment, et la phthisie vient terminer une maladie qui a commencé par une bronchite. Cette forme de la bronchite est fort insidieuse; elle semble bénigne à son début, mais elle n'en finit plus; et cependant, dès son apparition, à laquelle on fait peu d'attention, elle masque des tubercules pulmonaires. Quelques individus n'en sont atteints qu'une fois dans leur vie, d'autres sont remarquables par la facilité avec laquelle ils contractent cette inflammation; chez ces derniers, il importe de s'assurer si ces bronchites fréquentes ne sont pas liées à l'existence de tubercules plus ou moins latents.

Complications. La bronchite se complique souvent d'un état d'irritation des autres muqueuses; ainsi il n'est pas rare de voir marcher ensemble l'inflammation des fosses nasales, des intestins, de la vessie, etc.

Variétés. Elles sont relatives aux lésions, aux causes, aux symptômes et aux complications. La plus importante de ces variétés est celle qui revêt la forme épidémique. Ces épidémies de bronchite peuvent se borner à quelques localités, ou envahir tout un continent. En remontant dans les siècles passés, nous trouvons un grand nombre de ces épidémies.

1510. Épidémie de bronchite envahissant presque toute l'Italie.

1557. Toute l'Europe; très-meurtrière aux enfants et aux vieillards, qui succombèrent en grand nombre.

1578. Paris, où elle reçut le nom de *quinte*, à cause du caractère remarquable qu'elle présentait de revenir toutes les cinq heures; cette épidémie s'accompagna d'un symptôme remarquable, d'hémorragies pulmonaires.

1580. Toute l'Europe et l'Asie; on la crut contagieuse.

De 1610 à 1665, diverses contrées éprouvèrent plusieurs légères épidémies.

1675. Celle-ci fut remarquable par son étendue et par sa marche. Elle débuta au nord de l'Europe, en Pologne, au mois de novembre; elle s'étendit bientôt vers la Saxe, la Suisse, l'Allemagne et la Hollande. En décembre elle avait gagné l'Angleterre; en janvier elle fut à Paris et dans la Flandre, en Italie au mois de février; à la fin du même mois elle s'était déjà montrée à Madrid; peu après on apprit qu'elle sévissait à la Jamaïque, au Pérou, au Mexique, à plus de deux mille lieues de son point de départ.

1743. Celle-ci reçut le nom de *grippe;* elle frappa surtout l'Allemagne, Paris et l'Angleterre où elle fut très-meurtrière.

1762. Celle-ci fut universelle, en deux mois elle parcourut l'Europe et l'Asie.

1775. *Influenza.* Elle commença en Allemagne vers la fin du printemps, gagna la Hongrie en été, la France en automne, l'An-

gleterre en hiver; elle existait en même temps à Bombay.

1780. *Follette.* Elle parcourut la même direction du nord au midi et de l'est à l'ouest; des vaisseaux en furent atteints en haute mer; en arrivant au port, ils trouvèrent les côtes de Coromandel ravagées par la même maladie.

1782. *La russe.* 40,000 personnes en furent atteintes en même temps à Saint-Pétersbourg; elle s'avança bientôt en Suède, en Danemarck et en Prusse; pendant l'été elle envahit l'Allemagne où elle s'arrêta quelque temps; mais bientôt, à l'automne, elle prit deux directions, l'une vers l'Angleterre, l'autre vers le Tyrol et l'Italie, laissant la France, intermédiaire entre ces contrées, intacte et sauve.

Depuis cette époque plusieurs épidémies de bronchite ont régné de temps à autre; parmi elles, la plus remarquable est celle qui, sous le nom de grippe, a précédé le choléra asiatique.

En jetant un coup d'œil en grand sur ces épidémies et en les généralisant, on pourra en déduire quelques faits importants. 1° Quant à leur étendue, elles diffèrent; car les unes ne se montrent que dans quelques pays, les autres envahissent toute la terre. 2° Quant à leur marche, presque toutes marchent rapidement; elles naissent au nord, puis s'étendent vers le midi, tantôt, comme un vaste torrent, se répandant de proche en proche, tantôt bondissant de contrées en contrées, épargnant des régions entières, pour aller sévir sur les pays les plus éloignés. 3° Quant au nombre d'individus qu'elles frappent, tantôt au début peu de personnes en sont atteintes, tantôt au contraire tout à coup elles en frappent un grand nombre. 4° Quant à leur gravité, les unes sont sans danger, les autres sont mortelles et frappent surtout les enfants et les vieillards. 5° Quant aux symptômes, elles présentent cela de remarquable que dans chaque épidémie on observe un phénomène spécial; que chacune forme comme une espèce d'individualité morbide qui parcourt à sa manière des phases d'accroissement et de décroissement, individualité morbide qui débute toujours de la même manière et ressemble toujours à elle-même. 6° Quant à l'intensité, quelques-unes sont bornées aux bronches, le plus souvent elles envahissent d'autres muqueuses, alors la réaction est violente et la maladie revêt la forme inflammatoire; ici c'est le système nerveux qui prédomine et dont l'influence se signale par une forme ataxique ou adynamique de la maladie; là elles s'accompagnent d'hémoptysies ou d'exhalation sanguine des autres muqueuses; quelquefois ce sont des sueurs très-abondantes ou fétides; d'autres fois c'est un épanchement de sérosité dans le péritoine.

Diagnostic différentiel. Quand les symptômes généraux sont intenses, que la toux et la dyspnée sont fortes, quand surtout existe le râle crépitant, il est bien facile alors de confondre la bronchite avec la pneumonie. Par un examen scrupuleux des crachats et de la respiration, on pourra éviter cette erreur, qui d'ailleurs n'est pas importante quant au traitement. La bronchite qui accompagne la rougeole sera facilement reconnue par les caractères de cet exanthème. Quelquefois le début de la fièvre typhoïde est masqué par les symptômes de la bronchite; les phénomènes ultérieurs éclaireront le diagnostic. Quelques maladies du cerveau déterminent une toux sympathique qui peut être prise pour la bronchite. La présence des tubercules pulmonaires donne lieu à une toux, ordinairement réveillée par une émotion morale. La toux accompagne aussi le travail de la dentition; elle apparaît sous l'influence d'une gastrite, de la présence de vers dans l'intestin, d'une affection du foie, ou enfin d'une maladie de l'utérus.

Traitement. La bronchite légère n'a besoin que de quelques boissons émollientes, du repos, de la chaleur du lit, et de la diète. On produira un mouvement fluxionnaire vers la peau qui déterminera des sueurs, au moyen des infusions théiformes.

La bronchite intense réclame l'emploi de moyens plus actifs; on saignera largement le malade, on lui donnera des boissons gommeuses, et quand les symptômes diminueront d'intensité, on prescrira quelques révulsifs sur l'intestin, dans une tasse de chicorée sauvage. On modifiera d'ailleurs ce traitement selon les formes de la bronchite et selon les symptômes prédominants; ainsi on emploiera les narcotiques si la toux est fatigante et si elle revient par quintes.

Dans la bronchite épidémique le traitement devra varier selon la forme sous laquelle elle se présentera et selon les complications qui l'accompagneront.

DE LA TRACHÉITE CHRONIQUE.

La trachée pouvant être affectée d'inflammation chronique, indépendamment de la muqueuse bronchique et laryngée, il nous paraît convenable de la décrire à part.

Caractères anatomiques. Les altérations que présente la trachéite chronique, sont celles de toutes les muqueuses chroniquement enflammées. Celle-ci s'accompagne en outre de petites tumeurs d'une nature particulière e que l'on a souvent confondues avec des tubercules. On y rencontre aussi des ulcérations tantôt nombreuses, tantôt une seule, mais large et profonde.

Symptômes. Les ulcérations de la trachée déterminent d'abord la toux, qui, légère au

début, devient bientôt intense. Cette toux détermine l'expuition de crachats d'abord muqueux, puis purulents et striés de sang. Quelquefois cette maladie s'accompagne d'hémoptysie. La douleur est souvent très-forte et se fait sentir depuis le bas du cartilage cricoïde jusque derrière la dernière pièce du sternum. Lorsque les ulcérations sont considérables et accompagnées d'un gonflement de la muqueuse, la diminution du calibre de la trachée détermine, pendant les mouvements respiratoires, un sifflement tel qu'il a pu faire croire à l'existence d'une tumeur dans la trachée. Cette tuméfaction produit de la dyspnée, qui, d'abord légère, devient ensuite considérable, surtout dans la position horizontale. La voix est rauque, mais non voilée ou éteinte, comme dans les inflammations du larynx. Cependant on a vu un cas où cette circonstance s'est présentée.

Tantôt les symptômes généraux sont nuls, tantôt il existe de la fièvre; quelquefois la trachéite chronique détermine un dépérissement graduel, des sueurs nocturnes et tous les symptômes attribués à la phthisie trachéale, les poumons étant dans un état parfait d'intégrité.

Marche. La trachéite chronique débute par un simple rhume; plus tard les symptômes locaux, tels que la douleur et l'altération de la voix, se manifestent; viennent ensuite les symptômes généraux qui simulent la phthisie pulmonaire.

Terminaison. La trachéite chronique peut se terminer par le retour à la santé. Elle peut se terminer par la mort à la suite du dépérissement. Cette terminaison funeste peut arriver avant la période de dépérissement par cela seul que la trachée-artère est rétrécie et que les fonctions du poumon sont gênées.

Complications. Cette maladie peut exister seule, mais le plus souvent elle se complique de bronchite et de laryngite chroniques.

Traitement. (*Voyez* le traitement de la bronchite chronique.)

DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. La muqueuse bronchique présente, dans son affection chronique, des nuances nombreuses de rougeur qui appartiennent aux lésions de ces membranes. Sa consistance est tantôt augmentée, tantôt diminuée. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand il y a épaississement, hypertrophie de la muqueuse, il peut se faire que l'inflammation soit continue et alors cette hypertrophie entraînera des troubles fonctionnels constants et toujours semblables à eux-mêmes. Il peut se faire aussi que l'hypérémie soit passagère et souvent répétée, comme on le voit souvent chez certains individus dont les bronches se congestionnent sous l'influence de la cause la plus légère, et alors l'épaississement de la muqueuse ne déterminera que des symptômes passagers comme lui. La bronchite chronique détermine, dans quelques cas, des ulcérations de la muqueuse. Cette membrane peut sécréter des produits morbides comme des mucosités, du pus, des concrétions solides, dont la présence dans les petites bronches déterminera des phénomènes importants. Le tissu sous-jacent à la muqueuse peut s'altérer, s'hypertrophier; et en disséquant avec soin, on trouvera les arceaux cartilagineux plus développés et entourés d'un tissu rougeâtre ayant un aspect semblable à celui du tissu musculaire. On a trouvé les intervalles compris entre les arceaux cartilagineux complétement détruits. La bronchite chronique peut déterminer le rétrécissement et même l'oblitération complète des bronches; elle peut au contraire produire leur dilatation.

Les *Causes* de la bronchite chronique sont les mêmes que celles qui produisent la bronchite aiguë; dans un cas elles déterminent une inflammation qui disparaît, dans l'autre une phlegmasie qui persiste.

Symptômes. Ils ne sont pas toujours semblables à eux-mêmes, et ils varient selon la nature des altérations et selon la manière dont ces altérations réagissent sur l'individu. Le symptôme essentiel et constant c'est la toux, qui est d'ailleurs très-variable en intensité, tantôt légère, tantôt intense, pénible et revenant par quintes. Elle est presque toujours plus prononcée que dans toute autre maladie des voies respiratoires.

L'expectoration est importante à considérer. Les crachats sont variables sous le rapport de la qualité et de la quantité. Certains malades ne rendent que des mucosités claires, transparentes comme celles de la première période de la bronchite aiguë, bien que l'inflammation chronique dure depuis longues années. Ces crachats sont recouverts de mousse, et d'autant plus spumeux qu'ils sont rendus plus difficilement. Quelquefois ces crachats translucides sont très-visqueux, très-adhérents, et offrent de petits grains blancs qui se collent fortement au vase. Dans d'autres cas, les crachats sont constitués par un mucus d'un jaune verdâtre réellement puriforme. Ce mucus, en tombant dans le vase qui le reçoit, se comportera de deux manières qu'il est fort important de noter : ou bien il se rassemblera en une masse homogène, ou bien chaque crachat restera séparé l'un de l'autre, sans se mêler même avec ceux qui peuvent le toucher. Le plus souvent ces crachats sont inodores, quelquefois cependant ils sont remarquables par leur fétidité. Sous le rapport de leur quantité, on voit des malades dont l'expectoration est si abondante qu'ils finissent par périr d'épuisement; il en est d'autres au contraire qui

expectorent à peine; il en est même qui n'expectorent pas du tout: cette variété de la bronchite chronique a reçu le nom de *catarrhe sec.*

La respiration peut n'être pas altérée, mais ordinairement elle est gênée; chez quelques malades cette gène ne se montre qu'au réveil; chez les autres elle constitue de véritables accès d'asthme pendant lesquels les malades sont en proie à la suffocation.

La douleur est en général légère, excepté quand la toux revient par quintes, pendant lesquelles elle est fort intense.

Dans certains cas, lorsque le catarrhe pulmonaire occupe les grosses bronches, l'auscultation ne donne que des renseignements négatifs. Dans d'autres cas, le murmure respiratoire est modifié; ainsi il est faible ou nul dans divers points de la poitrine où l'air n'arrive plus. Cette faiblesse ou cette absence du bruit respiratoire auront lieu par intervalles ou seront continues selon que la cause qui les produit agira d'une manière permanente ou passagère. Le bruit respiratoire peut être, au contraire, augmenté d'intensité, et cela s'observe dans les cas de dilatation des bronches. Dans le cours de la maladie on peut entendre le râle sec, sibilant ou ronflant, puis toutes les variétés de râle humide, sous-crépitant, crépitant, muqueux, et même parfois le gargouillement. Dans le cas de dilatation des bronches la voix offre du retentissement et de la résonnance.

La percussion n'indique rien.

La bronchite chronique ne donne pas toujours lieu à des symptômes généraux, on en voit un certain nombre qui ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de symptômes nerveux, ni de dépérissement. Il n'est pas rare de rencontrer des vieillards de 80 ans qui toussent et qui crachent depuis l'âge de vingt ans sans avoir jamais présenté d'autres lésions fonctionnelles. Cependant on voit aussi un certain nombre de bronchites chroniques qui s'accompagnent d'un mouvement fébrile qui acquiert plus d'intensité toutes les fois que la maladie tend à passer à l'état aigu. Dans quelques circonstances l'économie tout entière participe à l'affection bronchique, les malades s'affaiblissent, le dépérissement survient, la fièvre hectique se prononce, et les malades meurent dans le dernier degré de marasme.

Durée. Cette affection peut durer dix, vingt ans, toute la vie; elle peut offrir des rémissions, cesser l'été pour revenir l'hiver, présenter des séries d'exacerbations, des accès d'asthme, etc.

Terminaison. Comme nous venons de le dire, cette affection peut exister impunément pendant tout le cours de l'existence. Elle peut se terminer par le retour à la santé ou bien avoir une terminaison funeste soit par l'épuisement occasionné par la sécrétion abondante de mucosités, soit par la suffocation; chez les vieillards la mort peut arriver par suite des altérations des bronches qui s'opposent à la complète élaboration du sang. Ce sang mal élaboré donne lieu à une nutrition imparfaite qui plonge les vieillards dans la faiblesse; et dans cet état d'asthénie, la plus légère phlegmasie détermine un état de profonde adynamie qui les entraîne au tombeau.

Complications. Elles existent dans le poumon ou hors du poumon : 1° dans le poumon, ce pourra être l'emphysème ou l'œdème de cet organe; la pneumonie qui aura envahi un lobe entier, ou quelques lobules, ou quelques vésicules seulement; les tubercules qui ne naissent pas essentiellement de la bronchite.

2° Hors des poumons, la complication la plus redoutable est une affection organique du cœur dont, bien souvent, elle n'est qu'un symptôme, mais plus souvent encore l'affection du cœur n'est que consécutive à la maladie des bronches.

Variétés. Elles dépendent des altérations locales, des symptômes généraux ou locaux, des formes qu'elle peut revêtir, des complications qui peuvent l'accompagner.

Traitement. Il faut distinguer trois formes principales, dans la bronchite chronique, qui influent sur le traitement qu'on doit lui opposer. Dans la première, il y a persistance de l'irritation primitive, de telle sorte que la bronchite est encore aiguë par ses symptômes, et chronique par sa durée. Dans la seconde, l'irritation a cessé, ses produits seuls subsistent; la troisième enfin est caractérisée par un état asthénique.

Dans le premier cas, le traitement doit être le même que pour la bronchite aiguë : saignées, émollients, chaleur, excitants de la peau, dérivatifs sur le canal intestinal; dans le second et le troisième cas, ce traitement serait nuisible. Alors qu'on est bien convaincu que la bronchite tend à devenir asthénique, on doit porter des fumigations aromatiques et balsamiques sur les bronches; on doit prescrire des infusions légèrement excitantes : comme celles d'hysope, de sauge, de véronique; des balsamiques : comme le baume de Tolu, du Pérou; des amers : comme la décoction de lichen, d'aunée, de suc de pissenlit, de cresson, etc. On donnera, avec avantage, les eaux sulfureuses d'Enghien, de Bonnes, ainsi que le kermès; de temps à autre, on donnera un vomitif : soit un grain d'émétique, soit dix-huit à vingt grains d'ipécacuanha. Quelques légers purgatifs de temps en temps seront fort utiles. On a recours, avec succès, aux excitants de la peau, comme les frictions sèches, ou avec la pommade stibiée. On ne négligera pas les exutoires : comme vésicatoires volants sur la poitrine, les sétons, les cautè-

res. Dans les cas où se manifesterait une grande excitabilité nerveuse, il faudrait recourir aux narcotiques.

DE L'HÉMOPTYSIE.

Cette affection a son siége dans la membrane muqueuse des bronches; elle peut exister seule, être essentielle, ou bien accompagner une autre affection dont elle est un symptôme.

S'il est vrai de dire que l'hémoptysie est souvent un signe qui annonce ou révèle la présence de tubercules pulmonaires, hâtons-nous de reconnaître que dans un très-grand nombre de cas il n'en est pas ainsi, et que l'on a singulièrement exagéré le nombre de ceux où cette hémorragie a précédé le développement de la phthisie pulmonaire. Plus souvent l'hémoptysie existe seule par elle-même, et le seul désordre qui l'accompagne et la constitue est l'exhalation du sang à la surface des bronches.

Causes. Rare chez les enfants et les vieillards, cette maladie est fréquente dans la jeunesse et dans l'âge adulte depuis 15 à 20 ans jusqu'à 30 et 35. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Les tempéraments nerveux et sanguins y prédisposent. Les individus nés de parents phthisiques ou hémoptoïques, ceux qui par leur constitution sont menacés de phthisie pulmonaire, et par conséquent ceux qui ont déjà des tubercules, sont pour la plupart voués à cette hémorragie. Certaines professions, comme celles de tailleur, de cordonnier, qui obligent à tenir le tronc dans une forte flexion en avant, prédisposent à l'hémoptysie.

L'air froid agissant d'une manière continue, les brusques variations de température surtout, sont des causes efficaces d'hémoptysie; aussi les crachements de sang sont-ils plus fréquents au printemps et en automne, saisons dans lesquelles les journées sont chaudes et les matinées et les soirées très-fraîches. Cependant une chaleur sèche et élevée n'empêche pas l'hémoptysie; ainsi on voit des individus cracher le sang après avoir été exposés longtemps à un soleil brûlant. Cette hémorragie est fréquente au bord de la mer où règne continuellement un courant d'air froid. On a dit que la diminution de la pression atmosphérique déterminait l'hémoptysie, et que les personnes qui s'élevaient sur les hautes montagnes en étaient affectées. Cependant MM. de Saussure, de Humboldt et Gay-Lussac qui ont atteint les régions les plus élevées de l'atmosphère, n'ont pas observé ce phénomène. Ce qu'il y a de certain, cependant, c'est que les individus faibles et prédisposés à cette affection éprouvent facilement des hémoptysies sur les lieux élevés; mais remarquons que sur les hautes montagnes l'air est très-froid, et que cette circonstance est très-efficace pour la production de l'hémorragie bronchique, et qu'on peut aussi raisonnablement l'attribuer à cette cause qu'à la diminution de la pression atmosphérique. Un fait curieux, rapporté par le capitaine Parry, semblerait confirmer cette opinion. En traversant le canal de Mozambique, il vit le baromètre baisser subitement de plusieurs degrés sans que personne de son équipage fût pris d'hémoptysie.

L'hémoptysie peut survenir après un traitement mercuriel prolongé, comme après un long usage des préparations d'iode. L'inspiration de substances irritantes gazeuses, liquides ou solides, la déterminent aussi. De fortes émotions morales, des veilles prolongées favorisent son développement. On la voit survenir après des excès dans le coït. Parmi les maladies du poumon, les tubercules en sont la cause la plus efficace. Elle survient après un exercice trop prolongé de cet organe dans le chant ou dans la parole. Les blessures du poumon, une chute sur la poitrine où un coup violent sur cette partie la déterminent fréquemment. Son développement est favorisé par un état de gêne imprimé à la circulation par une cause mécanique, comme la compression de la poitrine par le fatal usage des corsets. C'est sans doute à cette cause qu'est due la fréquence de la phthisie pulmonaire chez les femmes. L'hémoptysie est une conséquence de certains vices de conformation de la poitrine. Elle survient après des efforts répétés et violents, après des courses rapides; on l'observe aussi à la suite des quintes de toux déterminées par le catarrhe pulmonaire.

Elle peut être causée par des palpitations du cœur longtemps continuées; on l'observe fréquemment dans l'hypertrophie de cet organe et dans la dilatation de ses cavités.

La pléthore favorise sa production; elle apparaît quelquefois après la suppression d'une hémorragie habituelle, comme le flux hémorroïdal, la menstruation, etc. Certaines femmes sont prises d'hémoptysie à chaque époque menstruelle, et quelquefois cette hémorragie devient périodique et remplace l'écoulement menstruel. Elle n'est pas rare chez les femmes enceintes, par suite de la pléthore que détermine la grossesse. Certaines altérations du sang peuvent être considérées comme causes d'hémoptysie; aussi l'observe-t-on quelquefois dans le scorbut et dans la chlorose.

L'excitation de certains sens peut produire l'hémoptysie; ainsi l'impression de la musique fait cracher du sang à beaucoup de phthisiques. Un jeune homme crachait du sang toutes les fois qu'on lui appliquait les sangsues à la poitrine. On la voit quelquefois survenir sous l'influence d'un sinapisme ou d'un vésicatoire; dans d'autres cas, au contraire, ces moyens l'arrêteront. Franck rapporte qu'un individu ne pouvait dormir pendant le jour sans cracher du sang; il dit en avoir vu

un autre être pris d'hémoptysie toutes les fois qu'il mangeait du miel, un autre après avoir mangé des asperges. Chez des sujets éminemment nerveux, on l'a vue se produire sous l'influence des odeurs.

Enfin le tempérament sanguin prédispose à cette maladie.

Symptômes. Il existe des individus qui peuvent être pris d'hémoptysie, une ou plusieurs fois dans leur vie, sans que d'autres symptômes que cette exhalation de sang se manifestent, et qui n'en jouissent pas moins, avant et après, d'une bonne santé. Mais il en est rarement ainsi, et quand il y a imminence d'hémoptysie, elle est presque toujours annoncée par des phénomènes précurseurs. Un sentiment de chaleur et de pesanteur, un malaise inexprimable se font sentir dans la poitrine, ou dans quelques points de cette cavité; les malades éprouvent de l'oppression, de la toux, et ressentent l'impression d'une saveur douceâtre ou d'un goût de sang dans la bouche. Bientôt après, les extrémités et quelquefois toute la périphérie du corps se refroidissent, des frissons irréguliers se font sentir aux lombes et au dos, la face se décompose, pâlit et rougit tour à tour; il y a tintement d'oreilles, injection des yeux, céphalalgie, palpitations; le pouls s'accélère, devient vibrant, plein et dur; le malade éprouve un sentiment d'angoisse et des douleurs dans les membres. Bientôt la gêne de la respiration augmente, le malade sent dans la poitrine et la trachée-artère une sorte de bouillonnement, résultat du passage de l'air pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, et à la bifurcation des bronches une sensation de chatouillement et de picotement. Alors commence l'expectoration par des crachats striés de sang, ou formés par du sang pur, ou bien par des quantités plus ou moins considérables de sang rendu par gorgées; ce sang est vermeil et écumeux, à moins qu'il n'ait séjourné quelque temps dans les bronches, cas dans lequel il est noir. Il est des circonstances assez ordinaires où l'on voit des malades rendre des quantités extraordinaires de sang et mourir bientôt après.

Quelquefois la quantité de sang rendu est si grande, et la rapidité avec laquelle il s'écoule est si considérable, que l'on dirait qu'il y a vomissement de sang. Après cette évacuation abondante, les malades éprouvent presque toujours du soulagement; l'oppression, les palpitations cessent, la céphalalgie disparaît. Ce retour à la santé peut n'être que momentané; souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, les mêmes phénomènes de congestion se manifestent, et une hémorragie nouvelle se produit. Dans certains cas, on voit ces sortes d'accès se répéter cinq ou six fois dans la journée, mais en perdant peu à peu leur intensité.

Le sang expectoré est ordinairement vermeil et écumeux, mais s'il a séjourné quelque temps dans les bronches, ces caractères peuvent manquer, et il est alors noir foncé et sans bulles d'air.

Sa quantité est extrêmement variable; il est des malades qui n'en rendent que quelques gouttes; il en est d'autres qui en rendent plusieurs verres et qui remplissent plusieurs cuvettes en vingt-quatre heures.

L'auscultation parfois ne fait rien entendre de particulier; le plus ordinairement on entend un râle muqueux à grosses bulles, tantôt limité dans un point, tantôt diffus. La percussion n'indique rien.

La marche de l'hémoptysie est variable. Il est des malades qui tout à coup, et sans cause appréciable, rendent une quantité considérable de sang, et chez lesquels cette hémorragie s'arrête bientôt et ne se reproduit plus de la vie. D'autres, et cela s'observe surtout chez les femmes, crachent tous les jours une petite quantité de sang pendant plusieurs mois, et même pendant des années. Chez quelques-uns, cette hémorragie se reproduit lorsque quelque cause nouvelle vient la provoquer; chez quelques autres, elle surgit spontanément. Dans la grande majorité des cas, continue ou irrégulièrement intermittente, elle est quelquefois périodique, et chez quelques femmes elle remplace les règles en revenant tous les mois. Elle est ordinairement suivie, pendant quelques jours, de toux et d'une expectoration muqueuse, semblable à celle qui accompagne la bronchite. Les premiers crachats se trouvent mêlés d'un peu de sang noirâtre, liquide ou en caillots, dont la quantité diminue tous les jours, et qui finit par disparaître entièrement.

Terminaison. L'hémoptysie peut être suivie du retour à la santé, quand elle est franche et qu'elle ne reparaît plus. La mort peut en être le résultat immédiat ou éloigné, soit par l'affaiblissement que détermine cette hémorragie, soit par la phthisie qui lui succède.

Les *variétés* d'hémoptysies sont relatives aux causes, aux symptômes et aux complications qu'elles présentent.

Diagnostic. Il n'est pas toujours facile de bien distinguer les crachats d'une pneumonie d'avec l'hémoptysie. Dans la pneumonie cependant les crachats sont fondus, ce qui n'arrive pas dans l'hémoptysie. Quelquefois, dans l'hémorragie nasale, le sang tombe dans l'arrière-gorge et est rendu avec les crachats; mais alors il est noir et non vermeil et écumant comme celui qui vient des bronches. On distinguera l'hémoptysie de l'hématémèse par la toux, la dyspnée, la couleur vermeille du sang, son mélange avec l'air quand il vient

des bronches, tandis que dans l'hématémèse il y a des nausées, de la pesanteur épigastrique; le sang est noir et mélangé avec des aliments, avec de la bile ou des mucosités. Il peut arriver cependant que le malade soit pris de vomissements en même temps que d'hémorragie bronchique, et que le sang alors se trouve mêlé avec les aliments. Mais ce liquide conservera toujours ses caractères, et les phénomènes ultérieurs viendront bientôt éclairer le diagnostic. Le sang expectoré peut provenir de la rupture d'un anévrisme de l'aorte dans la trachée; mais l'erreur, s'il y en a, ne peut être de longue durée, car dans ces cas la mort est foudroyante. On a vu cependant l'aorte s'ouvrir dans les bronches par de petits pertuis en forme d'arrosoir et donner lieu à une hémorragie bronchique dont la nature était douteuse.

Enfin il est fort important de distinguer l'hémoptysie idiopathique de celle qui est symptomatique d'une affection tuberculeuse des poumons.

Pronostic. L'hémoptysie est une affection grave; par cela seul qu'elle peut annoncer la tuberculisation du poumon, on doit lui donner une sérieuse attention. Elle n'a pas cependant toute la gravité qu'on lui accordait autrefois, et que M. Louis lui a donnée dans ces derniers temps; j'ai constaté, par l'ouverture des corps, que plus d'un cinquième d'hémoptoïques n'étaient pas tuberculeux. D'un autre côté, on voit que des individus qui ont craché du sang dans leur jeunesse ont atteint cependant une grande vieillesse, les uns en restant malades et valétudinaires, les autres en recouvrant une santé parfaite. Quelques individus sont frappés d'hémoptysies dans des intervalles de temps très-éloignés, en conservant pendant ces intervalles une bonne santé.

Reconnaissons cependant que dans les cas les plus fréquents, l'hémoptysie est précédée ou suivie de la phthisie pulmonaire.

Traitement. Les évacuations sanguines, les révulsifs, les toniques et les astringents sont les principaux moyens qu'on doit opposer à l'hémoptysie.

1° Émissions sanguines. — On les emploie soit pour prévenir cette affection, soit pour l'arrêter, soit pour en prévenir le retour. Quand un malade présente tous les symptômes qui caractérisent l'imminence d'une hémoptysie, qu'il est oppressé, qu'il pâlit, que le refroidissement s'empare de son corps, saignez-le dans ces circonstances et vous préviendrez l'hémorragie. Saignez encore lorsque l'hémorragie existe, et saignez largement si vous voulez obtenir des résultats satisfaisants. Si vous appliquez des sangsues, ayez grand soin que ce ne soit pas sur la poitrine, mais à l'anus, surtout quand vous aurez affaire à des sujets nerveux ou à des femmes.

Dans certains cas où l'hémoptysie est peu abondante, il suffit pour l'arrêter, de la diète et de quelques boissons émollientes. Mais une saignée n'a jamais d'inconvénients, à moins qu'on n'y revienne trop souvent, ce qui favoriserait l'hémorragie en affaiblissant le malade.

Quelquefois, lorsque l'hémoptysie se présente sous la forme d'accès, on en prévient le retour en saignant le malade. En général cependant, ce moyen est infidèle et il peut être nuisible.

Il convient d'administrer des boissons émollientes, tempérantes et mucilagineuses, des émulsions, des décoctions de riz, de nénufar, des boissons acidules, des limonades végétales. Les opiacés ne sont utiles que dans les cas d'irritation nerveuse et de toux fatigante.

2° Révulsifs. — On peut pratiquer des frictions sèches sur toute la peau; on recouvre les extrémités de cataplasmes chaud, ou bien on prescrit des pédiluves sinapisés; des ventouses sèches sur la périphérie du corps peuvent être utiles; Stoll insistait beaucoup sur les vésicatoires volants; remarquons à ce sujet que les vésicatoires ne doivent pas être appliqués sur les individus qu'on a déjà beaucoup saignés, car ces évacuations sanguines les rendent plus sensibles et plus irritables. Toutes les fois que la congestion pulmonaire sera évidente, on se trouvera bien de promener des cataplasmes sinapisés successivement aux mollets, à la partie interne des cuisses, sur les bras, etc. Van Swieten avait préconisé la ligature des membres : on a depuis longtemps abandonné ce moyen.

3° Toniques et astringents.—Dans certains cas il faut relever les forces du malade affaibli par une abondante hémorragie ou par une hémoptysie de longue durée; dans ces circonstances on prescrira avec avantage le cachou, le quinquina, l'extrait de ratanhia, la limonade minérale, l'eau de Rabel, etc. Il convient quelquefois d'exciter la muqueuse intestinale par de légers purgatifs, comme la manne, quelques sels neutres, quelques grains d'aloès ou de racine de jalap.

On a essayé l'emploi de la digitale, mais sans succès; son action en effet n'est pas toujours immédiate. L'ipéacuanha a été fort vanté par quelques médecins; son administration a été quelquefois suivie d'accidents formidables.

A Londres et à Édimbourg, on donne une demi-once de nitrate de potasse incorporée dans quatre onces de conserve de roses, à prendre en quatre ou cinq jours. On a beaucoup préconisé ce moyen dont on a voulu faire un spécifique.

L'acétate de plomb a été donné sans de grands succès, il en est de même du sel ma-

rin dont on fait usage, à Philadelphie, en solution dans l'eau.

Le fer et ses préparations peuvent être utiles comme toniques.

On a fait plonger les pieds et les mains dans de l'eau très-froide dans le but de provoquer une dérivation. Ce moyen est mauvais, car le froid est lui-même souvent cause d'hémoptysie.

Le malade devra se nourrir avec des aliments doux; il ne faut pas le soumettre à une diète trop sévère; quand la fièvre aura disparu et que le sang de l'hémoptysie ne sera plus vermeil, on pourra le nourrir légèrement, en ayant soin de donner les aliments froids ainsi que les boissons. Le lait et les fécules feront la base de son régime; on proscrira sévèrement toutes les substances qui activent la circulation, comme le vin, les spiritueux, le thé et le café. On défendra les cris, les chants, les exercices violents, comme la course, la danse, les efforts de toute nature. Le malade devra se prémunir contre le froid et se couvrir la peau de flanelle, et, si cela lui est possible, il ira habiter sous une température douce.

LÉSIONS DE SÉCRÉTION DES BRONCHES.

BRONCHORRHÉE.

On désigne sous ce nom une affection caractérisée par une sécrétion abondante de mucus à la surface de la membrane muqueuse des bronches.

Les mêmes causes qui déterminent la bronchite déterminent aussi la bronchorrhée. Elle succède ordinairement à une bronchite chronique, et s'observe principalement chez les vieillards.

Le principal symptôme de cette affection est l'expectoration d'une quantité considérable de liquide incolore, filant, transparent, écumeux, semblable à du blanc d'œuf délayé dans l'eau et sans mélange de crachat épais. La quantité de ce liquide peut s'élever quelquefois jusqu'à quatre et six livres dans les vingt-quatre heures. Cette maladie donne lieu à une dyspnée considérable, produite par la présence du liquide sécrété. La toux est peu intense. La percussion de la poitrine donne un son clair dans toute son étendue. L'auscultation fait reconnaître un râle sonore, grave ou sibilant, mêlé de râle muqueux.

Cette affection se présente sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

La bronchorrhée aiguë offre de véritables accès d'asthme bronchique qui débute brusquement par une dyspnée intense, et une expectoration abondante et non interrompue de mucosités; pendant ces accès le malade est en proie à une angoisse extrême, à une suffocation imminente; il éprouve des éblouissements, des tintements d'oreilles; ses extrémités se refroidissent, la circulation s'affaiblit, la face devient livide. Après une expectoration copieuse, ces accidents se dissipent ordinairement, soit pour ne plus reparaître, soit pour se renouveler plus ou moins souvent et dans des intervalles de temps plus ou moins longs.

La mort peut être la terminaison de cette affection, soit par l'asphyxie qu'elle détermine, soit par l'épuisement auquel donnent lieu les accès répétés.

A l'autopsie des individus qui succombent à cette maladie, on trouve la muqueuse bronchique pâle et décolorée.

La bronchorrhée aiguë peut être quelquefois considérée comme critique. Ainsi, j'ai vu un hydro-thorax disparaître très-rapidement sous l'influence d'un flux bronchique abondant et survenu tout à coup (1).

Les émissions sanguines générales doivent être opposées à la bronchorrhée aiguë, à moins qu'on ait affaire à des vieillards affaiblis, auxquels elle serait nuisible. Les vomitifs sont très-utiles, car ils facilitent l'évacuation rapide de la matière sécrétée qui cause la suffocation. On emploiera, avec avantage, les cataplasmes sinapisés, les exutoires, quelques légers dérivatifs sur le canal intestinal. Le malade qui a déjà éprouvé un accès de bronchorrhée devra se prémunir contre le froid, porter immédiatement sur la peau des vêtements de flanelle, et suivre un régime sobre et modérément excitant.

La bronchorrhée chronique a donné plus souvent lieu d'observer la muqueuse bronchique que la forme aiguë. On l'a trouvée décolorée et parfois avec tuméfaction des follicules.

Elle peut être primitive ou la suite d'une bronchite dont les phénomènes inflammatoires cessent pour laisser paraître ceux de la bronchorrée.

Le plus ordinairement, à la suite d'une ou de plusieurs bronchites, la matière expectorée perd de sa consistance et de son opacité, devient visqueuse et filante, une légère dyspnée s'établit, et ces symptômes prennent peu à peu le caractère d'accès, revenant ordinairement deux fois dans les vingt-quatre heures, l'une au réveil, l'autre le soir. La quantité de mucus expectoré peut s'élever à deux ou trois livres dans chaque accès. Leur durée est en général d'une ou de deux heures, pendant lesquelles la dyspnée est intense. Lorsque la maladie ne date pas de longtemps, les malades jouissent, dans l'intervalle des accès, d'une santé à peu près parfaite, mais peu à peu l'amaigrissement et le dépérissement surviennent, et à mesure que les malades vieillissent, les accès deviennent de plus en

(1) Voy. *Clinique médicale*, t. III, p. 96.

plus fréquents, la dyspnée de plus en plus intense, et les malades périssent, soit dans un accès de suffocation, soit par épuisement occasionné par l'abondance de l'expectoration comme j'en ai rapporté deux exemples dans la *Clinique médicale*.

La bronchorrhée chronique est fort difficile à guérir. On tâchera de fortifier la muqueuse par des vapeurs balsamiques, aromatiques, la vapeur du goudron ; les exutoires à demeure, ou les vésicatoires volants sur la poitrine, doivent être employés. A l'intérieur, on donnera les eaux sulfureuses d'Enghien ou de Bonnes, le kermès à haute dose, la térébenthine, les astringents et les toniques, comme les extraits de quinquina, de simarouba, de cachou, de ratanhia, l'acétate de plomb, etc.

Sécrétions de fausses membranes et de concrétions à la surface des bronches. Le mucus sécrété par la muqueuse bronchique peut se concréter sous la forme de fausses membranes ou de masses polypeuses. Cet accident arrive quelquefois au milieu d'une bronchite simple, et détermine brusquement une dyspnée considérable, en même temps que la respiration cesse d'être entendue dans une certaine étendue du poumon, la percussion continuant à donner un son clair dans le même point. Si l'on parvenait à soupçonner la présence de fausses membranes ou de concrétions dans les bronches, on pourrait donner un vomitif qui, par les secousses et les efforts qu'il occasionne, pourrait déterminer leur expulsion. L'inspiration de la vapeur d'eau simple ou imprégnée de différents aromes pourrait aussi être avantageuse. Les émissions sanguines et les révulsifs ne devraient pas être négligés, en même temps que l'administration du kermès et de l'oxymel scillitique.

LÉSIONS DE NUTRITION DES BRONCHES.

DE L'HYPERTROPHIE DES BRONCHES.

L'épaississement de la membrane muqueuse bronchique peut siéger soit dans la totalité, soit dans quelques points de son étendue. Il peut atteindre le corps même de la membrane, les lames qui s'élèvent de sa surface ou la membrane fibreuse qui est en dehors de la muqueuse.

L'épaississement peut résulter d'une simple hypérémie, qui arrive rapidement et se dissipe de même, ou bien d'une véritable induration de la muqueuse.

L'hypertrophie des bronches détermine leur rétrécissement qui peut occuper les divisions les plus grosses, les moyennes et les plus petites. Le rétrécissement peut occuper toute l'étendue d'une bronche ou un seul point seulement ; on peut ne trouver qu'un seul rétrécissement, comme aussi on peut en trouver plusieurs.

Cette altération peut être plus ou moins considérable ; il peut n'y avoir que simple diminution de la cavité de la bronche, il peut y avoir oblitération complète.

Quelquefois les portions de poumon auxquelles les bronches oblitérées se distribuent ne présentent aucune altération ; d'autres fois elles sont emphysémateuses, tuberculeuses, ou hépatisées à divers degrés. Il arrive aussi dans certains cas de rétrécissement considérable de la bronche principale d'un poumon, que ce poumon s'atrophie et que les parois de la poitrine de ce côté reviennent sur elles-mêmes en s'affaiblissant, comme à la suite de la résorption d'un épanchement pleurétique. Ce cas a été observé sur un singe, mais jamais, que je sache, sur l'homme.

Le rétrécissement des bronches dû à une hypérémie active de la membrane muqueuse détermine une dyspnée dont l'intensité est en rapport avec celle de l'hypérémie. Pendant sa durée l'auscultation fait entendre les diverses variétés de râle sibilant et ronflant. Cette dyspnée peut revenir d'une manière périodique, sous la forme d'accès d'asthme, lorsque l'hypérémie revient elle-même sous cette forme. Quand le rétrécissement est occasionné par une lésion chronique des bronches, la dyspnée est moins forte que dans le cas précédent, mais elle est habituelle ; de temps en temps seulement son intensité augmente. L'auscultation fait entendre les mêmes râles, et quelquefois une diminution dans le bruit respiratoire d'une partie de poumon, quand le rétrécissement occupe une bronche principale.

DE LA DILATATION DES BRONCHES.

La phlegmasie chronique des bronches peut leur faire éprouver une altération entièrement opposée à la précédente, qui consiste dans la dilatation d'une portion plus ou moins grande de leur étendue.

Cette affection se présente sous différentes formes ; elle peut atteindre dans toute leur étendue un ou plusieurs tuyaux bronchiques, elle peut être bornée à un seul point du conduit, qui offre alors un renflement plus ou moins considérable. Enfin dans quelques circonstances la dilatation présente dans l'étendue d'un ou de plusieurs rameaux une suite de renflements fusiformes dans l'intervalle desquels le tuyau bronchique conserve son calibre ordinaire.

Ces diverses formes de dilatation peuvent se présenter isolément dans une bronche, ou simultanément dans plusieurs.

La dilatation bronchique donne lieu à un râle muqueux et à du gargouillement absolument analogue à celui qui s'observe dans les cas de cavernes tuberculeuses ; l'auscultation fait aussi reconnaître la pectoriloquie. Cette

altération ne détermine d'ailleurs aucun symptôme général; il n'y a ni fièvre ni dépérissement, la gêne de la respiration ne se fait sentir qu'autant que les malades se livrent à des mouvements rapides et à un exercice trop fort. Quand la dilatation bronchique est très-étendue, l'expectoration est extrêmement abondante.

L'art ne possède pas de moyens propres à remédier à la dilatation bronchique. Cette affection étant le résultat d'une inflammation chronique des bronches, c'est contre elle qu'il faut diriger le traitement, quand elle existe encore, par les moyens que nous avons déjà indiqués.

LÉSIONS D'INNERVATION DES BRONCHES.

TOUX NERVEUSE.

Les causes de la toux nerveuse sont hypothétiques. Elle naît quelquefois sous l'influence d'une émotion morale; elle succède parfois à une névrose, ou bien elle l'accompagne.

Cette toux nerveuse est sèche, sonore, survient brusquement et s'accompagne de contractions violentes des muscles expirateurs. Elle paraît sous la forme de quintes, à la fin desquelles les malades poussent de petits cris et présentent quelques mouvements convulsifs. Ces accès sont assez éloignés les uns des autres et leur durée varie de quelques minutes à quelques heures. Ils ramènent la dyspnée et une douleur à la base de la poitrine. Le pouls reste naturel. On l'observe aussi sous le type continu ou intermittent. Les individus qui ont été atteints une fois de cette affection sont prédisposés à la contracter de nouveau.

Dans le traitement de cette affection, on devra se proposer de modifier le système nerveux au moyen d'excitants cutanés, comme un large vésicatoire à l'épigastre, l'application de moxas, l'administration de la belladone, des narcotiques et des préparations ferrugineuses.

DE LA COQUELUCHE.

(*Pertussis; tussis convulsiva, ferina, spasmodica, suffocativa*, etc.)

C'est une maladie caractérisée par des quintes de toux violente, interrompues par une inspiration très-sonore, et terminées par des vomissements glaireux..

Dans cette affection, il y a à la fois élément inflammatoire (qui seul ne pourrait pas rendre raison des accidents), et élément nerveux qui se traduit par des symptômes caractéristiques.

Caractères anatomiques. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de caractériser anatomiquement la coqueluche. Les autopsies cadavériques que l'on a eu occasion de faire ont démontré des altérations très-diverses et qui étaient plutôt le résultat des complications qui accompagnaient la coqueluche que de cette maladie même. La rougeur de la membrane muqueuse bronchique est une des lésions les plus constantes; elle manque cependant quelquefois. On a observé fréquemment aussi l'inflammation du tissu pulmonaire lui-même, des tubercules dans cet organe et dans les ganglions bronchiques. La dilatation des bronches a été souvent observée. M. Breschet et le docteur Hermann Kilian, ont rencontré plusieurs fois l'inflammation des nerfs pneumo-gastriques; mais d'autres observateurs, dans des nécropsies infiniment plus nombreuses, l'ont inutilement cherchée. Il n'est pas rare de trouver des traces de congestion des méninges ou du cerveau; les voies digestives sont rarement altérées.

Causes. Les causes qui produisent la bronchite déterminent aussi la coqueluche. Elle est plus fréquente au printemps et en automne que dans les autres saisons de l'année; mais elle se montre dans tous les autres temps, dans tous les climats et sous toutes les températures.

C'est une maladie particulière à l'enfance et qui sévit depuis la naissance jusqu'à l'époque de la seconde dentition. Passé l'âge de huit à dix ans, elle devient de moins en moins fréquente, quoiqu'on l'ait observée quelquefois dans l'âge adulte et même sur des vieillards. Cette maladie est un peu plus commune chez les filles que chez les garçons. Elle attaque également les enfants de toutes les classes de la société; en général on ne l'observe qu'une fois dans la vie.

Cette affection est sporadique, épidémique et contagieuse. Même quand elle est sporadique, il est rare qu'elle n'attaque pas un grand nombre d'enfants à la fois. Quand elle se présente sous la forme épidémique, elle envahit un hameau, une ville, une contrée tout entière, en frappant indistinctement presque tous les enfants. Les épidémies de coqueluche ont été fort nombreuses, et quelques-unes ont été très-meurtrières.

La coqueluche est contagieuse; les faits rapportés par des observateurs exacts ne permettent plus le doute à cet égard. La propriété contagieuse est d'autant plus marquée, d'après M. Guersent, que la maladie est à son plus haut degré d'intensité. C'est ordinairement cinq à six jours après qu'on s'est exposé à l'infection, que la toux commence à se manifester.

Symptômes. 1re période. La coqueluche débute par une simple bronchite, qui peut durer depuis plusieurs jours jusqu'à plusieurs semaines. Le malade éprouve d'abord quelques frissons, il est triste et assoupi, les yeux sont rouges, larmoyants, la face bouffie

la toux sèche, sonore, fréquente et revenant par quintes, la fièvre plus ou moins intense, le sommeil agité, l'appétit nul.

2e Période. Plus ou moins de temps après ces premiers symptômes, la toux prend le rhythme spécial qui caractérise la coqueluche. Les quintes, plus longues et plus rapprochées, s'annoncent par un chatouillement incommode vers le larynx ou le commencement de la trachée-artère, et à cet avertissement que les malades comprennent fort bien, ils s'accrochent au premier point d'appui qui se présente. Alors les secousses de la toux se manifestent, et elles sont si rapides que l'inspiration est impossible et que la suffocation paraît imminente. La face est rouge, gonflée, quelquefois violette, les yeux font saillie hors des orbites, le battement des artères superficielles se fait avec force; il y a distension des veines du cou, et injection des vaisseaux capillaires. Le malade est pris d'éternuement, et souvent le sang s'échappe par les narines, par la bouche ou par les oreilles. Le corps et surtout la tête, le cou et les épaules se couvrent d'une sueur froide et abondante; des vomissements ont lieu, et dans quelques cas il y a excrétion involontaire des urines et des matières fécales, comme aussi les efforts violents auxquels le malade se livre peuvent déterminer la formation de hernies. Plus ou moins de temps après l'invasion de la quinte, quelques petites inspirations saccadées surviennent, suivies bientôt d'une inspiration plus longue et sifflante qui termine l'accès. Souvent il n'est qu'interrompu, et les mêmes phénomènes de toux convulsive et de suffocation reparaissent bientôt après, pour ne cesser entièrement que lorsque le malade rejette par l'expectoration ou par le vomissement, un liquide glaireux, filant, incolore, ordinairement accompagné des matières muqueuses ou alimentaires contenues dans l'estomac.

L'auscultation pratiquée pendant les accès fait entendre que l'air s'arrête aux grosses bronches et qu'un obstacle invincible s'oppose à ce qu'il pénètre au delà.

L'inspiration prolongée et sifflante qui termine l'accès paraît se passer entièrement dans le larynx.

La durée de chaque accès varie de quelques minutes à un quart d'heure et quelquefois plus. Les malades éprouvent après l'accès un sentiment de douleur dans la poitrine et de fatigue générale qui se calme bientôt, et l'on voit les enfants retourner à leurs jeux, ou se rendormir si l'accès est survenu pendant la nuit. Le retour de ces accès est fort variable, tantôt ils reviennent toutes les dix minutes, tantôt toutes les heures, quelquefois toutes les deux heures. Ils sont plus fréquents pendant la nuit, le matin et le soir, que pendant la journée. Dans l'intervalle des accès, si la maladie ne présente aucune complication, les enfants conservent l'appétit, les forces et la gaieté, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des accès.

Cette période a une durée qui varie de quinze jours à un mois ou six semaines, et quelquefois elle se prolonge beaucoup au delà.

3e Période. C'est celle de *déclin;* pendant sa durée, les quintes deviennent plus rares, plus courtes et moins intenses; le sifflement aigu et pathognomonique qui les termine, s'affaiblit peu à peu, et finit par disparaître complétement. Le liquide rendu devient opaque, et se convertit en crachats épais et verdâtres. La durée de cette troisième période est de huit à dix jours, ou d'un à plusieurs mois.

Complications. La coqueluche est souvent compliquée de dilatation bronchique, de pneumonie à divers degrés, de tubercules, dont elle hâte singulièrement la marche, de l'œdème et de l'emphysème du poumon, de pleurésie, de péricardite, quelquefois de croup. Les affections intestinales, la diarrhée surtout, l'accompagnent assez fréquemment.

Pronostic. Quand la coqueluche est exempte de complications, le pronostic est généralement peu grave, car, dans la très-grande majorité des cas, elle se termine d'une manière favorable. La maladie est d'autant plus grave qu'elle affecte des enfants plus jeunes; qu'elle en frappe un plus grand nombre, et qu'elle règne en automne et en hiver. Quand la terminaison doit être fatale, une fièvre continuelle, l'amaigrissement ou l'anasarque, des quintes fortes et répétées, dans l'intervalle desquelles la respiration reste gênée et fréquente, annoncent que le danger est grand et prochain.

Traitement. Toutes les ressources de la thérapeutique ont été employées contre cette maladie, et il n'est peut-être pas un médicament un peu énergique qui n'ait été vanté et rejeté tour à tour.

Dans la première période, le traitement le plus convenable est celui de la bronchite aiguë.

Dans la deuxième période, si les accès sont modérés, on se bornera aux adoucissants, et on n'emploiera les émissions sanguines que lorsque l'intensité des accès sera très-grande; ce n'est pas que la saignée fasse disparaître les quintes, mais elle en diminue la force et la durée, en modifiant le système nerveux qui, dans cette maladie, joue un si grand rôle. On couvrira la poitrine de cataplasmes émollients. L'extrait de belladone, dans une potion, administré dans l'intervalle des quintes, produit quelquefois d'heureux résultats. M. Guersent a administré avec succès des pi-

lules composées d'extraits de belladone, de ciguë, et d'oxyde de zinc aa gr. 1/4; trois à quatre pilules par jour. Si la maladie persiste, il conviendra d'opérer une révulsion sur le canal intestinal, soit par de légers vomitifs, comme le sirop d'ipécacuanha, à la dose de deux onces, ou par des purgatifs doux, comme le suivant :

℞ Séné,
Ipécacuanha,
Sirop d'hysope,
Oxymel scillitique, } aa ℥ j.

dans une chopine d'eau, à prendre par cuillerées. Après une certaine durée de la maladie, les malades s'affaiblissent, les chairs deviennent flasques, l'amaigrissement survient; dans ces circonstances, il convient d'employer un traitement légèrement excitant, et de recourir à des infusions aromatiques, au sirop de quinquina ou de gentiane. Les narcotiques peuvent être associés, avec avantage, aux toniques, dans cette période de la maladie.

Qnant au régime, on ne devra prescrire la diète rigoureuse que lorsque la coqueluche sera très-violente, ou accompagnée de quelque complication grave. Dans les cas ordinaires, on fera suivre un régime doux, on prescrira une alimentation légère, et lorsqu'il y aura affaiblissement on ordonnera un régime plus nourrissant et réparateur.

On maintiendra le malade dans une température chaude pendant l'hiver, et dans l'été, ou, au printemps, on se trouvera bien de le faire changer d'air, de le conduire à la campagne. Il devra, dans tous les cas, être bien couvert, et porter de la flanelle sur la peau. Les bains tièdes sont utiles.

Nous dépasserions de beaucoup les bornes que nous nous sommes imposées, si nous voulions faire la longue énumération des prétendus spécifiques que l'on possède contre la coqueluche. Ainsi l'application des sangsues derrière les oreilles, les frictions, avec la pommade stibiée, l'application d'un fer chaud à l'occiput, la vaccine, l'émétique à l'intérieur, le sulfure de potasse, l'acide hydrochlorique, la teinture de cantharides, l'acide hydro-cyanique, l'eau distillée de laurier-cerise, l'assa-fœtida, la belladone, le narcisse des prés, etc., etc., tous ces agents thérapeutiques ont été préconisés, et tous employés, dit-on, avec succès. Observons, à cet égard, que les méthodes de traitement qui réussissent très-bien dans certaines circonstances, sont sans effet dans d'autres, et que cela tient à des modifications de l'organisme ou du monde extérieur, dont la nature et l'essence nous sont complétement inconnues.

DEUXIÈME SECTION.

MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

Les poumons présentent à étudier les cinq grandes classes d'altérations que nous avons admises. Commençons par des lésions de circulation.

LÉSIONS DE CIRCULATION.

HYPÉRÉMIE.

— *Active.* Elle survient ordinairement chez les jeunes sujets pléthoriques, à la suite de la suppression d'une hémorrhagie habituelle; elle se montre souvent aussi chez les jeunes femmes dont les règles viennent à manquer, et, de même que nous avons vu dans ces circonstances, le sang pouvoir hypérémier les organes digestifs ou le cerveau, il peut aussi se porter sur le poumon et y déterminer une congestion active.

Cette hypérémie s'annonce par une dyspnée qui peut être continue ou rémittente; parfois elle s'accompagne de palpitations qui sont en général de courte durée; chez quelques malades on observe des vertiges, des étourdissements, de la céphalalgie, une épistaxis, la coloration de la face.

La congestion du poumon précède souvent les hémorrhagies de cet organe; aussi doit-on, pour la combattre et pour prévenir cette terminaison, employer les émissions sanguines répétées, et les boissons délayantes et mucilagineuses. Les malades devront éviter avec soin toute cause d'excitation des voies respiratoires, comme la parole, le chant, les cris, l'inspiration de l'air froid, etc. Si la congestion pulmonaire survient à la suite de la suppression d'une évacuation habituelle, on tâchera de rappeler cette dernière.

— *Passive.* Elle se montre souvent vers le déclin des maladies qui doivent avoir une terminaison funeste; elle est fréquente chez les sujets affectés de maladies chroniques et chez lesquels le sang ne peut plus que difficilement traverser le poumon. A la suite d'une inflammation aiguë de cet organe, il peut rester de l'engouement; enfin le scorbut, porté à un haut degré donne lieu à l'hypérémie passive du poumon.

La dyspnée est le symptôme nécessaire de cette hypérémie.

Quant au traitement, il doit être tout opposé au précédent, il doit consister dans l'administration des toniques et des stimulants, dans l'application des vésicatoires sur les parois de la poitrine. L'emploi du polygala est très-efficace quand cette hypérémie passive a succédé à la pneumonie aiguë.

— *Mécanique.* S'observe surtout chez les individus mal conformés ou chez lesquels existe un obstacle à la circulation; ainsi elle est fréquente sur les anévrysmatiques.

ANÉMIES.

Il n'est pas rare de rencontrer, dans les recherches cadavériques, le poumon anémié. C'est une des altérations que détermine le choléra. On la rencontre fréquemment aussi sur le cadavre des vieillards.

Dans certains cas cependant c'est une véritable affection qui peut être primitive ou s'accompagner d'anémie générale. Portée à un certain degré elle donne lieu à la dyspnée.

PHLEGMASIES.

De la péripneumonie (fluxion de poitrine) à l'état aigu.

La pneumonie paraît consister essentiellement dans l'inflammation des vésicules pulmonaires ou du tissu cellulaire inter-vésiculaire. Cette opinion a déjà été professée par l'illustre auteur du traité des *Phlegmasies chroniques;* elle a été aussi adoptée par M. Bouillaud.

Caractères anatomiques. Depuis Laënnec on admet généralement trois degrés dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, savoir :

Le simple engouement,
L'hépatisation rouge,
L'hépatisation grise.

Pour si peu qu'on ait l'habitude des recherches d'anatomie pathologique, on peut remarquer que ce terme d'*hépatisation* appliqué au tissu du poumon frappé de phlegmasie, ne peut pas être regardé comme bien exact. C'est surtout par la consistance que diffèrent l'un de l'autre le poumon enflammé et le foie sain. En effet, dans les cas d'hépatisation rouge ou grise, on trouve le plus ordinairement le poumon ramolli et friable, et dans quelques cas beaucoup plus rares, il est plus dur que dans l'état sain. Nous croyons plus exact de remplacer le mot hépatisation par celui de *ramollissement rouge ou gris.*

Suivant les degrés d'inflammation du poumon, les auteurs admettent généralement trois degrés de la pneumonie, correspondant aux trois modes d'altération que nous avons indiqués. On peut les réduire à deux : dans un premier degré les vésicules pulmonaires sont perméables à l'air; dans un second elles sont complétement ou incomplétement imperméables. Le premier degré correspond au premier de Laënnec, le second aux deux autres des auteurs.

Quoi qu'il en soit de ces divisions et de ces diverses manières de voir, examinons ce que l'anatomie pathologique nous apprend sur les altérations que peut produire la pneumonie.

Dans une pneumonie légère caractérisée sous le nom de simple engouement, la crépitation et la résistance du parenchyme pulmonaire sont encore conservées. Cependant la crépitation y est plus faible que dans l'état normal. La pression fait apercevoir que les vésicules pulmonaires contiennent plus de liquide que d'air; cependant on peut exercer un tiraillement et une pression assez forts sur le tissu pulmonaire sans qu'il se déchire.

Les parties qui sont le siége de l'inflammation présentent une couleur brune ou vermeille qui contraste avec la couleur grise ou rose pâle des parties non enflammées.

Si on déchire ou si on incise les parties du poumon engouées, il s'en écoule un liquide sanguinolent et spumeux, et en pressant et en lavant ces parties engouées, on leur rend leur couleur, leur crépitation et la propriété de surnager à l'eau.

Est-il toujours possible de distinguer cet engouement véritablement inflammatoire de celui qui vient mécaniquement dans les derniers temps de la vie, ou de celui qui est purement cadavérique? On le prétendrait vainement, car l'augmentation de friabilité du tissu pulmonaire, que d'abord j'avais assignée comme caractère de l'engouement inflammatoire, peut être le résultat d'une accumulation mécanique de sang survenue soit pendant l'agonie, soit après la mort.

Tels sont les changements qu'une inflammation légère détermine dans le tissu pulmonaire; poussée à un degré plus intense cette inflammation produit une diminution de consistance du parenchyme pulmonaire; il devient friable et s'écrase avec facilité quand on le presse entre les doigts; il est alors semblable au tissu de la rate, d'où le nom de *splénisation* qui a été donné par quelques auteurs à ce degré de l'inflammation. Incisé, le liquide qui s'en écoule est moins abondant et moins spumeux. Cet état intermédiaire entre le premier et le second degré de la pneumonie peut être regardé comme le passage de l'engouement à l'hépatisation.

Ce second degré, ou *hépatisation,* dans lequel les vésicules sont imperméables, est caractérisé par un engorgement sanguin considérable, et par une couleur uniformément rouge, qui rappelle assez celle du foie. Dans cet état le poumon n'est plus crépitant, une tranche, jetée dans un vase rempli d'eau, se précipite au fond; si on l'incise, il en découle un liquide rouge et non écumeux, moins abondant que dans le degré précédent. Le tissu pulmonaire semble composé d'une grande quantité de granulations rouges d'un très-petit volume, pressées les unes contre les autres. Sa friabilité est devenue considérable, car il suffit de le presser légèrement entre les doigts pour qu'il s'écrase et se réduise en une pulpe rougeâtre. C'est d'après ce phénomène que j'ai donné à ce degré de l'inflammation du poumon le nom de *ramollissement rouge* qui

me semble bien plus convenable que celui d'hépatisation. Au reste, la pesanteur et le volume d'un poumon à ce degré d'inflammation sont notablement augmentés. Le poumon, distendu et devenu plus volumineux, tend nécessairement à occuper plus de place ; il presse alors sur les côtes qui, plus résistantes, impriment leur trace sur la face externe sous forme de sillons ; remarquons cependant que cet effet n'a lieu que lorsque le poumon est considérablement gorgé de sang. La portion du poumon augmentée de volume peut presser sur la portion saine et la repousser comme dans les cas d'épanchement pleurétique. Enfin tout un poumon frappé d'hépatisation peut comprimer le poumon opposé.

L'inflammation arrivée à un degré encore plus intense détermine un autre genre d'altération désignée sous le nom d'*hépatisation grise*, auquel on peut substituer plus convenablement le nom de *ramollissement gris*.

Dans cet état le tissu pulmonaire offre une couleur grisâtre ; il est dense, compacte et imperméable à l'air. Il est très-friable et ramolli, et, en l'incisant, on en voit ruisseler un liquide grisâtre, un véritable pus inodore. Ce pus au reste peut se présenter sous deux états différents, à l'état d'infiltration et à l'état d'abcès. Quand le pus est infiltré le poumon peut conserver sa texture grenue, ou se présenter sous une forme lisse et homogène.

Nous avons dit que le pus pouvait être à l'état d'infiltration ou réuni en abcès. Dans le premier cas, le pus, d'une teinte grise cendrée, s'échappe et ruisselle en abondance si l'on comprime le tissu pulmonaire après l'avoir préalablement incisé ou déchiré. Dans certains cas il se réduit en une pulpe grisâtre, qui ne diffère du pus que par un peu plus de consistance. Arrivée à ce point, l'inflammation du poumon détermine une telle friabilité qu'il suffit d'enfoncer légèrement le doigt dans un point quelconque du parenchyme pour qu'il se produise de petites cavités remplies de pus, qui peuvent facilement être prises pour des abcès récemment formés.

Si d'ailleurs on examine à la loupe le tissu pulmonaire, on voit que sa texture peut être intacte, ou bien qu'elle peut être altérée de telle sorte qu'après que la pression en a fait sortir le pus, on ne retrouve plus que des mailles très-larges, qui contenaient le pus.

Dans l'immense majorité des cas, ce pus n'existe que dans le parenchyme du poumon ; dans quelques cas très-rares on peut le suivre jusque dans les petites divisions de l'artère pulmonaire.

La formation du pus a lieu du 12e au 15e jour de la pneumonie ; cependant on a trouvé du pus déjà formé au quatrième jour.

Les abcès du poumon sont rares ; on ne les a jamais vus avant le 12e jour. M. Martin Solon a cité un cas d'abcès du poumon qui s'ouvrait dans la plèvre. Leur nombre et leur volume sont variables. En général, leur cavité est à peine assez grande pour contenir une noix ou l'extrémité de deux ou trois doigts. Il est important de ne pas confondre les abcès du poumon, suite d'une phlébite, avec ceux que l'inflammation du parenchyme pulmonaire peut déterminer.

La gangrène du poumon, suite de l'inflammation de cet organe, est une terminaison encore plus rare. J'en ai cité trois observations dans la *Clinique médicale*.

La portion du poumon gangrenée est noire ou brunâtre, sans consistance, d'une odeur caractéristique, et se présente sous la forme d'une escarre qui adhère au poumon ou qui est environnée de pus. Cette escarre se détache, est rejetée, et l'ulcération s'établit.

Des lésions que nous venons d'examiner résultent, selon le siége qu'elles occupent, trois formes de pneumonies : l'inflammation peut frapper les vésicules, le parenchyme restant sain : 1° *Pneumonie vésiculaire*.

L'inflammation peut porter, non plus sur des vésicules isolées, mais sur toutes les vésicules d'un lobule, le parenchyme restant encore parfaitement sain ; cette forme affecte toutes les parties du poumon, mais plus particulièrement les parties externes, la racine, le lobe inférieur, les vésicules centrales ; 2° *Pneumonie lobulaire*.

Enfin tout un lobe d'un poumon, et tous les lobes d'un poumon peuvent être envahis par l'inflammation : 3° *Pneumonie lobaire*.

Celle-ci est un peu plus fréquente sur les lobes inférieurs que sur les supérieurs. Sur 88 cas, 47 fois l'inflammation a porté sur le lobe inférieur, 30 fois sur le supérieur et 11 fois sur la totalité du poumon.

La pneumonie du côté droit est plus fréquente que celle du côté gauche. Sur 210 pneumonies nous en trouvons 121 à droite, 58 à gauche, 25 doubles, et 6 dont le siége n'a pu être déterminé.

La pneumonie lobulaire se rencontre surtout chez les enfants.

L'inflammation des bronches accompagne souvent la pneumonie, et il peut arriver que ce soit par la bronchite que débute la maladie et qu'elle masque l'affection du poumon ; dans d'autres cas l'inflammation des bronches est consécutive à celle du poumon.

Il peut y avoir aussi altération mécanique des bronches, cette altération consiste dans leur oblitération, qui commence toujours dans les bronches d'un moyen calibre.

Les cas où la plèvre participe à l'inflammation sont de beaucoup les plus fréquents. Cette inflammation se reconnaît, après la mort, à une injection plus ou moins vive, à des concrétions albumineuses, à de légers épanche-

ments séreux, purulents ou sanguins. Mais ces altérations ne se rencontrent pas toujours comme on le croyait autrefois, et la pneumonie peut exister sans pleurésie. Dans quelques cas de pneumonie double on peut ne trouver la pleurésie que d'un seul côté. Quand il y a épanchement pleurétique en même temps que pneumonie, il est fort rare de le trouver considérable.

Causes. Elles doivent être considérées dans le monde extérieur et dans l'individu lui-même.

1° Causes extérieures. Aucun climat n'est exempt de la pneumonie, mais la fréquence n'y est pas partout la même, et cela dépend évidemment de la différence dans la température. Le minimum de fréquence de la pneumonie se trouve aux Indes orientales; il n'en est presque pas question dans les ouvrages des médecins qui pratiquent dans ces pays. Elle est plus commune aux Antilles qu'aux Indes orientales. Elle est encore plus fréquente au Midi de l'Europe; ainsi dans l'archipel de la Grèce on trouve une pneumonie sur 35 malades; on l'observe plus fréquemment à Corfou que dans les îles voisines. Quand les troupes anglaises reviennent des Indes orientales, on voit les maladies de foie disparaître à mesure qu'elles approchent d'Europe, pour faire place aux inflammations du poumon ; une influence inverse s'observe à mesure qu'elles s'approchent des Indes orientales. En Italie la pneumonie est fréquente ; d'après des relevés faits à Pavie pendant trois ans, on constata que la première année un septième des malades reçus dans les hôpitaux avaient été atteints de pneumonie ; la seconde année la proportion fut d'un sixième, la troisième année d'un quart. A Padoue la proportion est très-variable, elle a été d'un cinquième, d'un seizième, d'un vingt-troisième, d'un cinquante-huitième. A Wilna la proportion est d'un septième à un huitième. L'inflammation est aussi très-fréquente à Rome, et, chose remarquable, il n'y a presque pas de différence entre cette ville et Londres sous le rapport de la fréquence de la pneumonie.

Il est aussi d'observation que dans un même pays il est des époques de l'année ou les pneumonies sont plus fréquentes; pour Paris, ces époques sont les mois de janvier et d'avril, il en est de même pour l'Italie. Dans les Antilles, au contraire, le maximum de fréquence est dans la saison chaude.

Quant aux professions comme exerçant une influence sur la pneumonie, on ne peut rien dire de positif. On a dit que les professions qui exposent au froid et à l'humidité, où l'on subit brusquement des changements de température, prédisposent à la pneumonie. On a dit aussi que les boulangers y étaient plus exposés que d'autres professions. Il faut nécessairement admettre pour la pneumonie, comme pour toutes les autres maladies, une prédisposition sans laquelle toutes ces causes occasionnelles restent sans influence.

2° Causes intérieures. Il est un état du poumon qui prédispose efficacement à la pneumonie, c'est l'état tuberculeux de cet organe. Il est rare que, pendant le cours de la phthisie, il ne se manifeste plusieurs pneumonies, déterminées par l'irritation que causent les tubercules dans le parenchyme pulmonaire. Au reste, cette influence des tubercules sur la production de la pneumonie est réciproque, car l'inflammation réitérée du poumon peut à son tour déterminer la production de tubercules.

Il n'est pas rare de voir la pneumonie aiguë succéder à une bronchite chronique.

La pleurésie aiguë la détermine dans la plupart des cas.

Elle complique souvent la dothiénentérie.

Les exanthèmes cutanés aigus fébriles, tels que la rougeole, la scarlatine et la variole, sont souvent compliqués de pneumonie.

La phlébite se complique dans quelques cas de pneumonie.

On la voit quelquefois coïncider avec la suppression de quelque exanthème aigu.

Certains cas d'empoisonnement se compliquent de pneumonie lobulaire.

La présence de quelque inflammation chronique prédispose singulièrement à la pneumonie. Vous rencontrerez souvent des individus affaiblis et ruinés par une maladie chronique, succomber rapidement à une pneumonie aiguë.

Laënnec appelait pneumonie des agonisants, et M. Piorry appelle pneumonie hypostatique l'engorgement hypérémique qui survient souvent dans les derniers moments de la vie. Je crois que ce n'est pas là une inflammation, mais une simple congestion.

Ages. Tous les âges sont à peu près également sujets à la pneumonie. On l'a trouvée sur des enfants morts dans le sein de leur mère. Elle est très-fréquente chez les enfants, un peu moins chez l'adulte, beaucoup chez les vieillards.

Sexe. Les hommes y paraissent plus sujets que les femmes.

La pneumonie peut revêtir le caractère épidémique.

En résumé, toutes les causes qui peuvent produire la pneumonie agissent avec d'autant plus d'efficacité qu'elles rencontrent, sur les individus, une prédisposition à cette maladie. Il en est un grand nombre auxquelles on ne peut assigner aucune cause occasionnelle, et dans celles mêmes où l'on peut soupçonner l'influence de quelque cause appréciable, il faut encore admettre une disposition intérieure dont l'essence nous échappe.

Symptômes. La pneumonie présente des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Dans les symptômes locaux nous devons examiner avec soin la toux, l'expectoration, la dyspnée, la douleur, le décubitus, et les signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

1° *Toux.* La toux existe dans l'immense majorité des cas. Elle ne présente d'ailleurs rien de bien remarquable. On l'observe toujours dans les pneumonies intercurrentes, celles, par exemple, qui se développent dans le cours desentérites folliculeuses. Sèche au début de l'inflammation, elle s'accompagne bientôt d'une expectoration particulière que nous allons étudier tout à l'heure. Dans la plupart des cas, sa fréquence et son intensité ne sont pas en raison de l'intensité de l'inflammation.

2° *Expectoration.* Au début de la pneumonie, l'expectoration est ordinairement nulle, ou elle présente les caractères de celle de la bronchite aiguë. Du deuxième au troisième jour, l'expectoration se caractérise, les crachats deviennent sanguinolents par le mélange intime du sang avec le mucus. Leur couleur est variable selon la quantité de sang qu'ils contiennent; ainsi ils peuvent être jaunes, rouillés, ou d'un rouge vif. Ils peuvent passer par toutes ces nuances dans la même journée. Leur densité augmente, ils deviennent visqueux et tenaces, transparents et adhérents entre eux. Leur consistance gélatiniforme est quelquefois si prononcée que l'on peut renverser le vase qui les contient sans qu'ils se détachent. C'est ce qui arrive quand l'inflammation passe au second degré, car tant qu'elle reste au premier les crachats n'ont pas assez de viscosité pour adhérer aux parois du vase.

Les crachats, ayant acquis toute la consistance possible, restent quelque temps stationnaires, puis ils prennent des caractères nouveaux selon la terminaison dont la maladie est susceptible.

Si la maladie doit se terminer par résolution, la couleur rouge des crachats et leur viscosité commencent à diminuer; ils se détachent de plus en plus facilement du vase qui les reçoit et reprennent peu à peu les caractères qu'ils avaient au début de la maladie, pour arriver enfin à ceux d'une simple bronchite aiguë.

On voit quelquefois des malades dont les crachats, après avoir perdu de leur couleur et de leur viscosité, reprennent d'un jour à l'autre ces caractères, ce qui annonce qu'il y a exacerbation dans la maladie.

Il arrive souvent que les crachats ont perdu tous les caractères de ceux de la pneumonie, qu'ils présentent entièrement l'état catarrhal et que cependant l'auscultation fasse encore entendre du râle crépitant pendant un temps plus ou moins long.

Quand la maladie devient plus grave, il arrive, dans le plus grand nombre des cas, que l'expectoration d'abord rare et difficile, se supprime ensuite entièrement. La suppression de l'expectoration peut avoir lieu de deux manières, ou bien par la grande viscosité des crachats et par la faiblesse du malade, et alors la matière sécrétée s'accumulant dans la trachée cause la mort par asphyxie; ou bien par une suppression réelle de la sécrétion même des crachats.

La cessation de l'expectoration peut aussi être occasionnée par les maladies qui compliquent souvent la pneumonie, par les purgatifs administrés au commencement de la maladie, par des saignées intempestives ou trop souvent répétées, et par toutes les causes qui peuvent exaspérer l'inflammation du poumon et la porter à son plus haut degré.

Dans certains cas de pneumonie mortelle, il n'y a plus suppression des crachats, mais seulement changement dans leur aspect. Les malades, dans les derniers temps de leur existence, expectorent en petite quantité des crachats opaques et plaqués d'un gris rougeâtre sale, analogues à ceux qu'on observe souvent dans les derniers degrés de la phthisie.

Il est beaucoup plus rare de voir l'expectoration, abondante, et présentant les mêmes caractères, continuer jusqu'à la mort.

Lorsque la pneumonie se termine par suppuration, il peut arriver que les crachats deviennent grisâtres, inodores, s'écoulant en nappe, et véritablement purulents; il peut arriver qu'ils conservent les mêmes caractères que dans l'hépatisation rouge; enfin ils peuvent perdre leur aspect gélatiniforme, leur grande viscosité, la teinte rouillée, et ils peuvent n'être formés que par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme et d'un aspect semblable à du jus de réglisse ou de pruneaux.

La terminaison par gangrène est annoncée par l'expectoration d'un liquide d'abord verdâtre, puis d'un gris sale, et qui exhale une odeur fétide et caractéristique.

Quand la pneumonie passe à l'état chronique, les crachats sont semblables à ceux du catharre pulmonaire.

Toutes les pneumonies ne sont pas accompagnées d'une expectoration caractéristique; il en est de légères ou de graves qui parcourent leurs périodes, dont la terminaison est heureuse ou fatale, et dont les crachats ont été semblables à ceux d'une simple bronchite. Les pneumonies intercurrentes sont celles où l'on observe surtout cette absence d'expectoration caractéristique.

Quant à la couleur des crachats, nous l'attribuons, dans la grande majorité des cas, à la quantité variable de sang qu'ils contiennent. Leur coloration par la bile est une circonstance très-rare.

3° *Dyspnée*. En général la dyspnée est en rapport avec l'étendue de l'inflammation, avec son siége et son intensité. Il est cependant des individus dont la respiration est extrêmement gênée et qui néanmoins n'ont qu'une très-petite partie du poumon enflammée au premier degré. Il en est d'autres, au contraire, qui n'éprouvent qu'une dyspnée médiocre avec une inflammation au deuxième ou au troisième degré d'une grande portion du tissu pulmonaire.

Il faut se tenir sur ses gardes sur la gêne plus ou moins grande de la respiration accusée par les malades. On en voit dont la respiration est évidemment courte et accélérée et qui assurent cependant ne ressentir aucune oppression.

La dyspnée dans la pneumonie présente plusieurs degrés : tantôt elle est si peu intense, que ce n'est qu'avec un peu d'attention qu'on peut s'en apercevoir et les malades peuvent parler, changer de position sans augmenter d'une manière notable la gêne de la respiration. Tantôt elle est portée à un haut degré d'intensité; les inspirations sont courtes et rapprochées ; la parole est entrecoupée et haletante ; la difficulté de respirer est augmentée par les mouvements brusques dans le lit et par l'action de se placer sur le séant; l'oppression qui ne se ferait sentir que pendant les mouvements est aussi ressentie dans l'état de repos; les malades se plaignent de la sensation d'un poids sur la poitrine; ils éprouvent une vive anxiété ; la face est d'un rouge violet ou d'une pâleur livide; l'essoufflement est si considérable que la parole est à peine possible. Dans ces cas de gêne extrême de la respiration, il est rare que la terminaison ne soit pas fatale.

Il arrive souvent qu'après que tous les symptômes de la pneumonie ont disparu, une dyspnée légère persiste encore pendant quelque temps; cette persistance de la dyspnée peut dépendre ou bien de ce que la résolution de la pneumonie n'est pas encore complète, ou bien simplement de la faiblesse du malade.

4° *Douleur*. Elle n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps inflammation de la plèvre, ce qui est le cas le plus ordinaire. Dans les cas les plus fréquents, les malades accusent la douleur au niveau ou un peu au-dessous du sein, quelquefois au-dessous des clavicules, au bas des côtes, dans les hypocondres, et plus rarement dans toute l'étendue des parois thoraciques d'un côté. Cette douleur est à son summum d'intensité au début de la maladie; elle va en diminuant pour ne plus se faire sentir. Dans quelques cas, elle disparaît et revient tour à tour. Dans quelques autres, elle apparaît comme premier symptôme et peut simuler une pleurodynie. La toux, les mouvements inspiratoires, les changements de position, la pression, la percussion et le décubitus du côté où elle existe exaspèrent la douleur.

Au lieu d'une véritable douleur qui coïncide toujours, comme nous l'avons déjà dit, avec une pleurésie, les malades n'éprouvent, dans les cas où la plèvre reste intacte, qu'une sensation de gêne, une sorte de pesanteur et une sensation de chaleur.

5° *Décubitus*. On a dit généralement que les malades se couchaient constamment sur le côté malade; rien n'est moins fondé, car le plus grand nombre restent couchés sur le dos.

6° *Percussion*. Dans le cours d'un grand nombre de pneumonies au premier degré, on n'observe aucune diminution dans la sonorité des parois thoraciques. Dans les autres, le son ne s'obscurcit que vers le deuxième ou le troisième jour, et quelquefois plus tard. Vers la fin de la pneumonie, la matité du son disparaît.

Lorsque la pneumonie siége profondément vers la base, le centre ou la racine du poumon, dans les pneumonies lobulaires, la percussion ne fournit aucun renseignement.

La percussion ne peut être pratiquée quand les parois du thorax sont douloureuses, quand elles sont infiltrées ou couvertes d'un vésicatoire, ou chez les individus dont le thorax est déformé.

Dans les pneumonies doubles, il y a une égale matité du son des deux côtés de la poitrine.

N'oubliez jamais, quand vous pratiquez la percussion, que le foie à droite, et la rate à gauche donnent lieu à un son mat.

7° *Auscultation*. Les signes fournis par ce moyen d'investigation sont bien plus précis et plus positifs que ceux fournis par la percussion. Là où celle-ci est impuissante, l'auscultation fait connaître des modifications qui donnent au diagnostic un haut degré de précision. Elle peut être pratiquée dans toutes les circonstances, ce qui n'a pas lieu pour la percussion, comme nous l'avons vu.

Dès le début de la pneumonie, l'oreille nue ou armée du sthétoscope, appliquée sur les parois du thorax, on observe, dans le plus grand nombre des cas, que du côté où s'est manifestée la douleur, le bruit normal de la respiration a perdu sa netteté et que, dans une étendue plus ou moins grande, il est mêlé à un râle sec, désigné par Laënnec sous le nom de *râle crépitant*. Ce bruit est analogue à celui qui se produit lorsqu'on fait décrépiter un sel sur des charbons ardents, ou lorsqu'on froisse un morceau de parchemin. Dès qu'il existe, le bruit normal de la respiration est altéré sans être entièrement masqué, et ce râle devient d'autant plus intense que l'inflammation acquiert elle-même plus d'intensité. Il

finit par masquer entièrement le souffle inspiratoire.

Le râle crépitant est le signe caractéristique du premier degré de la pneumonie, c'est-à-dire de l'engouement. L'inflammation est légère tant que le bruit naturel de la respiration prédomine sur le râle crépitant. La pneumonie fait des progrès et tend à passer au second degré, si le râle crépitant prédomine et s'il masque entièrement le bruit de la respiration.

Le râle crépitant cesse de se faire entendre dans deux circonstances différentes ; dans la première, le bruit naturel de la respiration revient et le remplace, la pneumonie marche alors vers la résolution ; dans la seconde, on ne perçoit plus aucun bruit, ou bien le râle crépitant est remplacé par un autre ; la maladie fait alors des progrès, le poumon s'hépatise.

Dans quelques cas, le râle crépitant est mêlé au râle muqueux. Dans quelques autres, on entend le râle crépitant là où il n'y a que simple bronchite sans inflammation pulmonaire : d'où l'on doit conclure que, comme les autres râles, le râle crépitant résulte d'un mélange d'air et de liquide, et que les différences que présentent les râles sont dues à la différence de l'ampleur des cavités où ils se produisent. Ainsi dans les vastes excavations du poumon, on entendra le gargouillement ; dans les grosses bronches, le râle muqueux ; un mélange de râle crépitant et de râle muqueux dans les bronches moyennes, et le râle crépitant pur dans les plus petites bronches et les vésicules pulmonaires. Nous désignons ces trois variétés de râles, d'après leur siége, en *râle caverneux*, en *râle bronchique*, et en *râle vésiculaire*.

Lorsque la pneumonie est passée du premier au second degré, le râle crépitant cesse de se faire entendre, et alors l'oreille, appliquée sur la poitrine, on n'entend plus ni râle, ni bruit respiratoire, ce qui est le cas le plus rare, ou bien on perçoit une modification de ce bruit respiratoire désignée sous le nom de *respiration tubaire*, à cause de la ressemblance de ce bruit avec celui que produirait quelqu'un qui soufflerait dans un tube à côté de l'oreille de celui qui écoute. Quelquefois, du côté qui est le siége de la pneumonie, on entend le bruit respiratoire beaucoup plus intense que du côté sain, ce qui peut induire en erreur sur le véritable siége de la pneumonie. Mais en même temps coïncide une modification particulière de la voix, désignée sous le nom de *bronchophonie*. Ces deux phénomènes dépendent de ce que l'air ne pénètre plus au delà des gros tuyaux bronchiques, d'où le nom de *respiration bronchique* qui est un signe caractéristique de la pneumonie, et qui diffère essentiellement du bruit produit par la respiration normale que je désigne par le nom de *bruit d'expulsion pulmonaire*, ou de *respiration vésiculaire*.

La pneumonie marche-t-elle vers la résolution et vient-elle à repasser du deuxième au premier degré ? Le râle crépitant reparaît de nouveau. Alors aussi la respiration bronchique s'affaiblit ; la bronchophonie disparaît peu à peu, le râle crépitant diminue insensiblement, et l'oreille ne perçoit bientôt plus que le bruit normal de la respiration. Il n'est pas rare d'entendre encore le râle crépitant dans des points plus ou moins étendus du poumon, alors que tous les autres symptômes locaux ou généraux de la pneumonie ont entièrement cessé. Dans ces cas, l'auscultation seule peut faire tenir le médecin sur ses gardes et lui faire craindre, soit une rechute, soit une désorganisation du poumon, résultat d'un noyau phlegmasique.

On entend souvent, sur le même malade et à une même époque, les signes différents tirés de l'auscultation et qui annoncent les divers degrés de la pneumonie. L'anatomie pathologique est ici parfaitement d'accord avec les signes fournis pendant la vie, car on trouve souvent sur un poumon les trois degrés d'inflammation qu'il est susceptible de présenter.

Du côté sain, l'auscultation fait entendre le bruit de la respiration normale avec beaucoup plus d'intensité que dans l'état ordinaire.

L'auscultation présente quelquefois des résultats négatifs. Cela arrive lorsque la quantité de liquide accumulé dans les bronches est assez considérable pour donner lieu à un râle bronchique tellement fort qu'il empêche d'entendre tous les autres bruits. Si l'inflammation est très-circonscrite et si elle n'occupe qu'une portion de la base, du centre ou de la racine du poumon, l'auscultation ne fournit alors aucun signe. Enfin si elle est bornée à quelques lobules isolés, elle ne donne plus aucun renseignement.

Symptômes généraux. Parmi les symptômes généraux que détermine la pneumonie, le plus constant est le trouble de la circulation. Il faut que la pneumonie soit extrêmement circonscrite, extrêmement légère et bornée seulement à quelques lobules pour que la circulation ne soit pas troublée. On peut donc établir que la pneumonie, quelque légère qu'elle soit, s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile d'autant plus intense que l'inflammation est plus violente. Il faut se défier de ces bronchites aiguës, dans le cours desquelles survient un mouvement fébrile intense quoique les crachats et l'auscultation ne donnent encore aucun signe caractéristique de pneumonie. Le frisson est, en effet, le premier symptôme qui annonce l'invasion de l'inflammation du poumon, et la fièvre dure autant que la maladie.

Le pouls, dans les cas les plus communs, est fréquent et large. Quelquefois cependant alors que l'inflammation est très-intense, il présente une petitesse remarquable qui disparaît après d'abondantes saignées. C'est une des grandes difficultés de la pratique de pouvoir apprécier à quoi tient la faiblesse du pouls et de la savoir combattre, tantôt par des émissions sanguines, tantôt par des révulsifs énergiques. On voit des malades, en effet, chez lesquels on augmente la petitesse du pouls par des saignées.

La grande fréquence du pouls est une circonstance très-fâcheuse et qui annonce une intensité très-grande de l'inflammation. La guérison a rarement lieu lorsque le pouls présente plus de cent quarante pulsations par minute. Cette fréquence des pulsations artérielles est toujours en rapport avec la fréquence des mouvements inspiratoires, quoiqu'il ne soit pas rare d'observer, dans les derniers moments de la vie, que le pouls perde de sa fréquence, bien que celle de la respiration augmente de plus en plus. Dans ces cas, la mort est imminente.

Après la disparition de tous les symptômes de la pneumonie, le pouls peut rester fréquent, ce qui peut faire craindre la persistance d'un reste de travail phlegmasique.

Dans la plupart des cas, le pouls est régulier et il ne présente d'intermittence que dans les complications des maladies du cœur.

Les anciens et quelques modernes encore ont pensé que la fièvre précédait le développement de la pneumonie, qui n'était que l'effet, la localisation de la maladie plus générale annoncée par le mouvement fébrile. De là, le nom de *fièvre péripneumonique* donné à l'inflammation du poumon. Cette opinion n'est pas fondée sur l'observation exacte, car, dans la plupart des cas, la fièvre n'apparaît que lorsque l'inflammation a déjà frappé le tissu pulmonaire.

Il arrive souvent que la pommette du côté correspondant à la pneumonie reste rouge. Ce cas n'est pas cependant général, car souvent aussi les deux pommettes sont colorées. D'ailleurs, la coloration rouge peut dépendre de la position du malade sur tel ou tel côté. Il arrive souvent aussi qu'à mesure que la maladie fait des progrès, la face prend une teinte jaunâtre remarquable.

Le sang tiré de la veine est couenneux ; c'est un des phénomènes les plus constants de la pneumonie. Cette couenne présente des différences sous le rapport de sa consistance, de son épaisseur, de sa couleur et de sa forme.

Ordinairement les fonctions digestives ne présentent d'autres altérations que l'anorexie et la blancheur de la langue. La soif est peu intense.

L'exhalation des membranes séreuses n'est point augmentée, excepté dans les cas de complication de maladie du cœur.

Quant à l'exhalation cutanée, la peau peut rester constamment sèche jusqu'à la fin de la maladie, et ce n'est pas une circonstance favorable. D'autres fois elle se couvre de moiteur, qui de temps à autre se change en une sueur abondante. C'est une condition meilleure que la précédente ; elle est liée à un degré moindre d'inflammation. Chez quelques malades dont la peau est restée sèche pendant toute la maladie, elle commence à se couvrir d'humidité vers la fin de l'inflammation qui se juge quelquefois par des sueurs critiques.

Parmi les organes glanduleux, il en est un dont les fonctions s'altèrent dans un grand nombre de cas et donnent lieu à une complication remarquable : cet organe c'est le foie. On voit des malades chez lesquels, pendant le cours d'une pneumonie du côté droit, le foie sécrète beaucoup plus de bile que de coutume, qui coule dans les intestins et qui manifeste sa présence par des selles ou par des vomissements bilieux. Chez d'autres, les fonctions du foie sont autrement altérées ; il existe un trouble qui s'oppose à ce que les matières de la bile soient convenablement séparées du sang par le foie, d'où production de la diathèse bilieuse. C'est la *pneumonie bilieuse* de Stoll, qui accusait la bile de produire l'inflammation du poumon. On ne doit considérer cette circonstance que comme une complication, et ce qui le prouve, c'est qu'on peut la combattre et l'enlever à part. Dans cette complication, les yeux et la langue sont jaunes, la peau présente aussi cette teinte, les malades exhalent une odeur bilieuse et sont tourmentés par une céphalalgie sous-orbitaire.

Comme dans toutes les inflammations intenses, les urines sont modifiées. Il n'est pas rare de les observer rougeâtres et sédimenteuses vers la fin de la maladie.

Du côté des fonctions de l'innervation, la pneumonie ne donne pas lieu, comme l'entérite folliculeuse, aux troubles divers que nous avons décrits. Comme dans cette dernière maladie, il n'existe pas ordinairement de céphalalgie, de brisements et de douleurs contuses dans les membres ; la sensibilité est infinement moins troublée. Un grand nombre de pneumoniques meurent, comme on le dit, dans leur pleine connaissance ; quelquefois si le délire survient, ce n'est que sympathiquement et par suite de quelque complication du côté du cerveau. Cela n'arrive que vers le sixième, le huitième ou le neuvième jour.

Quelquefois cependant l'abattement des forces est considérable, et dès le début l'état adynamique existe. Cette forme est rare chez les adultes, à moins que la pneumonie ne soit

compliquée d'une affection intestinale; elle s'observe plus fréquemment après soixante ans; et chez les vieillards, la pneumonie peut donner naissance, en troublant l'innervation, à des symptômes qui, chez l'adulte, ne se montrent qu'à la condition d'une irritation intestinale.

Invasion. La pneumonie peut être précédée de quelques prodrômes. Tantôt les malades éprouvent pendant quelques jours du malaise, de la fatigue, une courbature, de l'anorexie sans que l'auscultation et la percussion indiquent l'imminence de la pneumonie. Tantôt, vingt-quatre, quarante-huit ou soixante heures avant l'invasion, une fièvre légère, identique à celle qui précède la variole, la scarlatine, la rougeole, etc., accompagne les symptômes précédents. C'est ce qu'on a appelé la fièvre inflammatoire, et qui précède toujours, disent quelques auteurs, la maladie locale. Dans quelques cas, tous les organes semblent tour à tour être dans l'imminence d'une maladie; ainsi aujourd'hui le malade éprouve des symptômes gastriques, demain de la tendance à une congestion cérébrale, plus tard des douleurs rhumatismales, jusqu'à ce qu'enfin la pneumonie se caractérise.

J'ai vu la pneumonie être précédée de deux accès de fièvre intermittente, et pendant le frisson du troisième accès une petite toux se manifester, la douleur apparaître, les crachats se caractériser et tous les symptômes de la pneumonie se déclarer.

Dans quelques cas, la pneumonie succède à la bronchite; l'inflammation, d'abord bornée aux grosses bronches, se propage aux petites, et enfin aux vésicules pulmonaires. Dans le plus grand nombre des cas, il n'existe pas de phénomènes précurseurs, et les malades sont pris tout à coup d'un frisson plus ou moins violent et d'un point de côté.

Le plus ordinairement le frisson précède le point de côté; d'autres fois c'est le point de côté qui est le premier symptôme. Quelquefois, enfin, il n'y a ni frisson ni douleur de côté, et les premiers symptômes sont une toux plus ou moins intense avec oppression et fièvre.

Quand la pneumonie survient dans les fièvres graves, elle s'annonce souvent par une forte dyspnée. Quelquefois elle ne se révèle par aucun symptôme, et ce n'est qu'à l'ouverture du cadavre qu'on constate l'existence d'une phlegmasie pulmonaire.

Dans beaucoup d'inflammations aiguës et dans le cours des phlegmasies chroniques, la pneumonie qui survient, au lieu d'être annoncée par des phénomènes de réaction, donne lieu, au contraire, à une prostration subite et rapidement mortelle.

Dans le cours de la phthisie et des maladies du cœur, le début de la pneumonie n'est marqué que par une dyspnée plus grande, que l'on peut attribuer à une simple exaspération de l'affection préexistante.

Marche. Du premier au deuxième jour de la pneumonie, la douleur, le frisson, la gêne de la respiration, la toux sans expectoration, le râle crépitant, la résonnance de la poitrine et un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, sont les premiers phénomènes qu'on observe et qui constituent la première période de la maladie. Du deuxième au troisième jour, l'expectoration se caractérise, elle devient visqueuse et diversement colorée. Le râle crépitant devient plus intense, la sonorité des parois thoraciques s'affaiblit du côté où existe la pneumonie; la douleur est moins vive qu'au début, mais la dyspnée augmente, le malade est couché sur le dos, la fièvre est intense, la peau chaude, sèche ou humide.

La maladie peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, puis la dyspnée peut diminuer, la matité du son disparaître, le râle crépitant être remplacé par le bruit naturel d'expansion pulmonaire, les crachats revenir à l'état catarrhal et le mouvement fébrile cesser entièrement. Dans ces cas, la maladie n'a pas dépassé le premier degré.

Au lieu de marcher vers la résolution, la pneumonie peut s'aggraver soit par une disposition particulière du malade, soit par la propagation de l'inflammation à une plus grande étendue du tissu pulmonaire. Dans ces cas, la dyspnée augmente de plus en plus et la mort peut survenir bien que la maladie n'ait point dépassé le premier degré.

Mais ordinairement, si la résolution du premier degré ne s'est point opérée, si les symptômes s'exaspèrent, l'invasion du second degré a lieu, et alors la gêne de la respiration devient de plus en plus grande, la parole devient haletante, la viscosité des crachats augmente ainsi que la matité du son de la poitrine, le râle crépitant a disparu et la bronchophonie se fait entendre; le pouls est fort, fréquent et plein, ou bien il présente une faiblesse apparente ou réelle.

A ce degré, la pneumonie peut se terminer rapidement par asphyxie, ou bien la résolution peut encore s'opérer. Lorsqu'il en est ainsi, la matité du son diminue, la respiration bronchique disparaît, le râle crépitant se fait de nouveau entendre, les crachats perdent leur caractère, la dyspnée et la fièvre diminuent et cessent entièrement.

Si la pneumonie passe au troisième degré, l'expectoration, dans le plus grand nombre des cas, devient aqueuse et brunâtre et plus ou moins semblable à du jus de pruneaux. Le plus ordinairement aussi la face devient pâle et cadavéreuse plusieurs jours avant la mort.

Le second et le troisième degrés de la pneumonie n'arrivent pas à des époques déterminées. Tantôt, en effet, le poumon est en sup-

puration au cinquième jour, tantôt après quinze ou vingt jours, il n'est encore qu'en hépatisation rouge.

Quelles que soient sa forme et son intensité, la pneumonie a une marche continue avec exacerbation le soir. Peut-on admettre l'intermittence dans la pneumonie? Je crois que l'on doit être réservé sur l'existence de fièvres intermittentes péripneumoniques, car dans les observations citées à l'appui de cette opinion l'auscultation n'a pas été pratiquée.

Durée. La durée moyenne de la pneumonie est de douze à vingt-cinq jours. On en voit qui ne durent que deux ou trois jours; d'autres qui vont au trentième et au quarantième jour.

Pronostic et *terminaison.* Quelque grave qu'elle soit, elle se termine par le retour à la santé, dans un grand nombre de cas. Il n'est pas rare, alors que la maladie doit changer de nature, d'observer des phénomènes critiques, comme des sueurs abondantes, des hémorrhagies diverses, etc.

La pneumonie se termine aussi par la mort. Dans quelle proportion cette terminaison funeste a-t-elle lieu? C'est ce qu'on ne pourrait encore établir sur des observations assez nombreuses. Les uns admettent que la mortalité a lieu de un sur trois, les autres de un sur vingt, sur cinquante et même sur soixante.

La pneumonie aiguë peut passer à l'état chronique; elle peut aboutir aux tubercules pulmonaires. Dans cette dernière terminaison, on peut établir deux cas : ou bien il y avait prédisposition aux tubercules, et la pneumonie, dans ce cas, n'a été que la cause occasionelle de leur développement; chez les autres, la pneumonie a été la cause prédisposante. Il est quelques malades qui guérissent de la pneumonie, mais qui ne reprennent pas d'embonpoint, une petite fièvre s'allume, des sueurs nocturnes apparaissent, et au bout de trois ou quatre mois, la phthisie existe avec tous ses symptômes caractéristiques.

Convalescence. Ce que nous venons d'établir sur la possibilité de la terminaison de la pneumonie par la phthisie devra vous faire tenir sur vos gardes pendant la convalescence de cette maladie. Ne négligez pas d'ausculter la poitrine de temps à autre. Il vous arrivera de percevoir souvent un reste de râle crépitant alors que tous les autres symptômes auront disparu et que l'appétit sera revenu. Soyez sévère, dans ces cas, sur le régime à prescrire, car l'inflammation peut reprendre de l'intensité, elle peut passer à l'état chronique ou bien déterminer une désorganisation du tissu pulmonaire.

Dans les pneumonies franches, la convalescence est ordinairement courte, et quelle qu'ait été l'énergie du traitement employé, les forces reviennent rapidement.

La convalescence de la pneumonie est quelquefois entravée par une infiltration passive du poumon, une sorte d'œdème qui succède à l'inflammation. Le traitement peut seul indiquer la véritable nature de cet accident qui exige les toniques, car la dyspnée et le râle crépitant auxquels il donne lieu ne sont point suffisants pour éclairer le diagnostic.

Variétés. Elles sont relatives, au siége, aux symptômes, à l'âge des malades et aux complications.

Nous avons déjà énuméré les siéges divers que peut avoir la pneumonie, nous n'y reviendrons pas.

La pneumonie, même intense, peut exister sans donner lieu à la dyspnée, à la toux ou aux crachats; l'auscultation même peut, dans certains cas, ne donner aucun signe. Ces pneumonies latentes sont rarement primitives, elles compliquent souvent d'autres maladies.

La pneumonie des enfants, c'est-à-dire celle qui survient depuis la naissance jusqu'à l'âge de dix ans, est une maladie très-fréquente, et une cause puissante de mortalité chez les enfants. Souvent elle ne donne lieu qu'à des symptômes très-obscurs; bien souvent, en effet, l'expectoration est nulle, la matité du son peu appréciable, la dyspnée peu intense. Le râle crépitant existe comme chez l'adulte, mais plus souvent il se confond avec le râle muqueux. Dans quelques cas même, le bruit respiratoire conserve toute sa netteté.

Il est rare d'ailleurs que l'inflammation du poumon, chez les enfants, soit poussée jusqu'à l'hépatisation rouge ou grise. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve ordinairement qu'un engouement pulmonaire.

Chez les vieillards, la pneumonie produit une prostration beaucoup plus rapide que chez l'adulte, et il semble aussi que chez eux elle arrive plus promptement au troisième degré. La complication de la pneumonie avec la bronchite chronique des vieillards est extrêmement fréquente, et donne lieu à une dyspnée intense.

C'est une des grandes difficultés de la pratique de savoir distinguer et démêler les symptômes de la pneumonie alors qu'elle complique les fièvres graves, les pleurésies, les péricardites, les arachnitis, les gastro-entérites, les tubercules pulmonaires, les anévrismes du cœur, etc. Il est bien difficile d'établir des règles générales à ce sujet; ce n'est qu'avec une attention minutieuse et un soin extrême qu'on pourra parvenir à établir un diagnostic rigoureux.

Que faut-il penser des pneumonies dites *bilieuses* dont Stoll nous a laissé la description? A l'ensemble des symptômes, il nous paraît évident que ce n'était autre chose qu'un catarrhe pulmonaire avec embarras gastrique

et intestinal. Dans d'autres circonstances, on a donné le nom de pneumonies bilieuses à des inflammations franches du poumon qui présentaient quelques symptômes d'embarras gastrique, et qui donnaient lieu à une expectoration jaunâtre que l'on croyait être de la bile et qui est produite par le mélange intime du sang et du mucus. Dans tous les cas de ce genre que nous avons observés avec teinte jaune de la face, amertume de la bouche, enduit épais de la langue, nausées, rapports, etc., l'émétique n'a fait que diminuer le trouble des fonctions digestives ; pour dissiper les symptômes de pneumonie, il a fallu avoir recours aux émissions sanguines.

Traitement. Depuis bien des siècles le traitement de la pneumonie est à peu près le même et l'on peut dire qu'il n'a varié que du plus au moins. Les émissions sanguines en font la base. L'avantage qu'elles procurent est ici bien plus direct que dans les autres inflammations, car en diminuant la quantité de sang qui dans un temps donné doit traverser le poumon, elles diminuent l'activité de ses fonctions, résultat qui doit concourir de la manière la plus efficace à la guérison de la pneumonie.

La saignée de la veine est celle à laquelle on doit avoir principalement recours. C'est surtout au début de la pneumonie, alors que le poumon n'est encore qu'engoué, qu'une forte saignée suffit souvent pour enlever la maladie. C'est alors un moyen héroïque, dont on peut rarement apprécier les avantages dans les hôpitaux, où les malades n'arrivent que quelque temps après l'invasion, mais que dans la pratique civile on ne saurait trop recommander.

Quelquefois, cependant, la saignée n'enlève pas la maladie, mais elle n'en a pas moins d'heureux résultats. A mesure que le sang s'écoule, le malade sent sa respiration moins gênée, l'expectoration devient plus facile, les crachats moins visqueux et moins rouillés. Puis la maladie reprend son cours, et si l'on réitère la saignée, une amélioration nouvelle en est le résultat.

Dans certains cas, enfin, les saignées quelque abondantes qu'elles soient, et à quelque époque de la maladie qu'on les fasse, n'ont plus aucune influence sur elle.

Quelles sont les règles à suivre dans l'emploi des saignées? C'est d'abord à la section de la veine que l'on doit avoir recours. Après la saignée générale, si la douleur pleurétique est encore intense, les saignées locales au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées, devront être employées. Mais les émissions sanguines par les sangsues ne doivent être qu'un moyen exceptionnel et pour ainsi dire *adjuvant*. S'il existe des congestions à la tête, s'il y a suppression d'une hémorrhagie habituelle, leur emploi sera utile. En général, si l'on a recours aux sangsues contre la pneumonie, il convient de les appliquer à l'anus et non sur les parois de la poitrine, afin d'éviter le refroidissement.

Le choix de la veine est indifférent : on piquera celle qui donnera le plus de sang dans le moins de temps possible. On choisit ordinairement une veine du bras, n'importe de quel côté. Quelquefois on ouvre les deux veines du bras.

Il importe de faire une large ouverture à la veine, pour qu'il s'écoule beaucoup de sang à la fois et à plein jet.

La quantité de sang qu'on retirera dans la première saignée doit être de douze à vingt onces, jamais moins de douze; jamais aussi jusqu'à la syncope. Pour éviter cet accident, il convient de saigner le malade couché.

Combien faut-il pratiquer de saignées? Il est impossible d'établir des règles à ce sujet; car le nombre des saignées doit varier selon l'intensité et la durée de la maladie, selon la force et l'âge du malade, etc. En général, on pratique entre trois et cinq saignées dans le cours d'une pneumonie ordinaire. Si les symptômes sont très-intenses, on fait deux saignées par jour, une le matin et une autre le soir. Quelques médecins ont saigné jusqu'à quinze et vingt fois dans une pneumonie. Nous pensons que c'est les pousser trop loin.

La dyspnée, l'aspect des crachats rouillés, le mouvement fébrile, la peau chaude, etc., indiquent qu'il faut revenir à la saignée. Toujours il importe de remarquer ce qui est résulté de la saignée précédente.

La saignée peut-elle être pratiquée à toutes les époques de la maladie? Galien avait posé ce principe qu'il fallait y recourir toutes les fois qu'elle était indiquée. Pringle, au contraire, recommande de ne plus ouvrir la veine dès le moment que les crachats rouillés se montrent. C'est une pratique funeste et nous n'hésitons pas à dire qu'il faut pratiquer la saignée toutes les fois que la nature des symptômes l'indique. C'était aussi l'opinion de Franck.

Il est des circonstances, cependant, où il faut être circonspect sur l'emploi de la saignée. Ainsi quand l'expectoration est suspendue, il est prudent de s'abstenir d'émissions sanguines, quoique dans certains cas la saignée l'ait rétablie. Quand le poumon est décidément hépatisé, la saignée ne produit plus un grand effet. Mais ne modère-t-elle pas l'inflammation, et ne dispose-t-elle pas la nature à réagir fortement contre la maladie? Je l'ai vue souvent, dans ces cas, produire d'heureux résultats, même dans les cas d'hépatisation grise. Ce n'est point, en effet, contre le pus qu'on dirige la saignée, mais contre

les points du poumon qui sont encore à l'état d'hépatisation rouge.

La petitesse, la mollesse et l'intermittence du pouls contre-indiquent la saignée quand il y a débilité réelle. Dans certains cas, il n'y a qu'oppression des forces et l'on voit le pouls se relever après la saignée.

On a recommandé de s'abstenir d'émissions sanguines quand les malades étaient inondés de sueur. Nous ne pensons pas que ce soit là un motif suffisant. Il est des malades qui suent abondamment pendant tous le cours de la pneumonie, et pour qui la saignée est néanmoins évidemment nécessaire.

Les malades sont quelquefois plongés dans un accablement tel, que la saignée serait dangereuse. Ici, vous devrez observer avec soin si cet accablement est réellement adynamique ou s'il n'est qu'apparent.

Quelques médecins ne reviennent à la saignée que tout autant que le sang présente une couenne inflammatoire. La présence de la couenne est un indice qui peut induire en erreur, car il peut se faire que dans une pneumonie très-aiguë le sang retiré d'une première saignée manque de ce caractère.

Nous avons déjà vu ce qu'il faut penser des prétendues complications bilieuses qui sont, pour beaucoup de médecins, un obstacle à la saignée. Dans ces cas, les émissions sanguines associées à un traitement évacuant, nous ont toujours réussi contre l'inflammation pulmonaire.

Vous trouverez dans les auteurs qu'il faut se garder de saigner dans certains jours appelés *critiques*. Dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'il faut admettre les crises, mais qu'il faut rejeter les jours critiques, car on n'observe pas cette régularité dans les phénomènes critiques à laquelle les anciens ont ajouté tant d'importance. La saignée d'ailleurs produit les mêmes bons résultats au septième, au huitième, au treizième jour, toutes les fois qu'elle est nécessaire, et ne pourra que favoriser les phénomènes critiques.

La présence des règles a été considérée comme une raison de s'abstenir d'émissions sanguines dans la pneumonie. Cette pratique est nuisible. Il faut saigner dans ces circonstances, comme à l'ordinaire; car si les règles s'arrêtent, ce n'est que pendant quelques heures, pour reparaître ensuite.

Dans l'enfance, il est inutile de dire qu'il faut modérer le nombre des émissions sanguines et la quantité de sang à tirer. La saignée générale est encore préférable aux sangsues, qui sont souvent un objet d'épouvante pour les enfants.

On est, en général, trop circonspect pour tirer du sang aux vieillards. Il est certain que toutes les fois que la prostration des forces n'est pas extrême, qu'il n'existe pas de symptômes adynamiques, une large saignée sera suivie d'heureux effets.

Lorsque dans le cours de la phthisie il survient quelques symptômes de pneumonie, on se trouve bien de pratiquer une petite saignée, ou de faire une application de sangsues.

Dans la pneumonie qui complique fréquemment la fièvre typhoïde, la saignée peut être suivie de la prostration des forces. Il importe, dans ces cas, de bien observer l'état du malade, et de n'avoir recours à ce moyen que lorsqu'on n'aura pas cet accident à craindre.

Dans le cours des fièvres éruptives, telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, etc. qui se compliquent de pneumonies, quelques médecins craignent de tirer du sang. Nous pensons qu'il faut, autant qu'on le peut, s'opposer aux complications des phlegmasies internes, par les émissions sanguines.

La pneumonie qui survient pendant un accès de goutte réclame aussi les émissions sanguines.

Telles sont les principales circonstances dans lesquelles les émissions sanguines produisent des résultats avantageux dans la pneumonie. Il faut cependant reconnaître qu'il existe dans la science un certain nombre d'observations de pneumonies qui ont parfaitement guéri sans l'emploi des émissions sanguines. Quoi qu'il en soit, il est certain que dans l'immense majorité des cas la saignée est avantageuse, et que rarement elle est nuisible.

Examinons rapidement les cas où il en est ainsi.

La saignée est nuisible, et s'opposerait à la résolution de la maladie, dans les cas de pneumonie adynamique, dans lesquels les malades présentent un affaissement considérable du système nerveux.

Il est des idiosyncrasies particulières et inexplicables qui ne peuvent supporter les émissions sanguines, et chez lesquelles elles augmentent tous les symptômes. Ces cas sont rares à la vérité.

Huxham rapporte que dans une épidémie de pneumonie, après la première ou la seconde saignée, le pouls s'abattait, il arrivait des soubresauts des tendons, la langue devenait noire, le délire survenait. Le sang tiré de la veine était diffluent et ne se prenait point en caillot. Nous n'avons jamais rien observé de semblable.

Les émissions sanguines qui constituent la base du traitement de la pneumonie doivent être aidées dans leur action par divers moyens.

Les *révulsifs*, tels que les sinapismes aux extrémités inférieures, sont dans certains cas fort utiles. Quant aux vésicatoires, soyez très-réservé sur leur emploi, quoique plusieurs

médecins en fassent un grand usage. En général, ils sont plutôt un tourment qu'un soulagement pour les malades. Si les phénomènes fébriles ont disparu, et qu'il reste encore de l'engouement, vous pourrez en essayer; mais dans la période aiguë il est prudent de s'en abstenir.

Les *émollients* à la peau, tels que cataplasmes, fomentations émollientes et narcotiques sont surtout utiles chez les enfants. Les bains chauds ou tièdes doivent être proscrits à cause du refroidissement qui survient en sortant du bain. Les inspirations des vapeurs émollientes sont à peu près inutiles.

Dans les cas de suppression de l'expectoration, Tissot recommandait les vapeurs excitantes elles peuvent être utiles, mais elles sont peu usitées.

On donne aux malades des boissons, des infusions et des potions émollientes, des émulsions ; mais il importe de les varier pour que les malades ne se dégoûtent pas, de les donner en petite quantité à la fois pour que l'estomac ne soit pas distendu, ce qui entretient la dyspnée; enfin de les administrer chaudes.

Soyez avare de narcotiques. Quand tous les signes d'inflammation ont disparu. on peut substituer aux simples émollients quelques amers ou des aromatiques.

Les vomitifs ne doivent jamais être employés pour combattre directement l'inflammation. Associés aux émissions sanguines, ils agissent efficacement contre la complication bilieuse.

Les purgatifs sont quelquefois utiles, vers la fin de la pneumonie, pour combattre la constipation. On a vu l'engouement pulmonaire disparaître sous l'influence des purgatifs.

La méthode contre-stimulante a été employée par Razori, il y a trente ans à peu près, contre la pneumonie. Parmi les médicaments rangés sous cette dénomination de contre-stimulants, l'émétique joue le plus grand rôle. Administré à haute dose, il a été regardé, par Razori et son école, comme un spécifique de l'inflammation pulmonaire.

On peut le donner depuis la dose de six grains jusqu'à celle de trente grains en vingt-quatre heures, soit étendu dans une infusion de feuilles d'oranger, soit concentré dans une potion de cinq à six onces. Il est rare que ce genre de médication produise des accidents graves, et bien souvent il ne détermine aucune lésion des voies digestives, comme nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale. On dit alors qu'il y a *tolérance*. Quelques malades, au contraire, éprouvent des nausées; quelques autres des vomissements et de la diarrhée ; la médication alors n'est pas *tolérée*, il faut la suspendre.

Cette médication est-elle utile? Les médecins italiens et un certain nombre de médecins français l'ont beaucoup préconisée, et ont produit des résultats très-satisfaisants. Notre pratique ne nous a pas conduit à la même conviction sur son efficacité; et, d'après ce que nous avons observé nous-même, il ne nous paraît pas que la pneumonie soit influencée d'une manière notable par l'administration du tartre stibié à haute dose.

On peut en dire autant de l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine, qui nous a toujours semblé produire l'effet d'une poudre inerte introduite dans l'estomac (1).

(1) Nous ne pouvons terminer l'article de la pneumonie aiguë sans faire connaître la méthode de traitement employée par M. le professeur Bouillaud, et les résultats obtenus par cette méthode. Ce que nous allons rapporter est extrait du *Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales* et du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. t. XIII, art. PNEUMONIE.

De 1831 à 1834, M. Bouillaud a eu à traiter cent deux cas de pneumonie, sur lesquels quatre-vingt-dix sont guéris, et douze seulement sont morts. Ce qui donne une mortalité de un sur huit et demi.

Ces pneumonies ont été traitées par l'emploi des émissions sanguines à *haute dose*, ou *coup sur coup*. Voici d'ailleurs en quoi consiste cette méthode.

On suppose qu'on a à traiter une péripneumonie d'une étendue et d'une intensité moyennes, au premier ou tout au plus au second degré, chez un individu adulte, d'une force et d'une constitution ordinaires.

Premier jour. Une saignée du bras, de quatre palettes le matin, une seconde le soir, de trois à quatre palettes. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues ou des ventouses scarifiées, de manière à obtenir trois palettes de sang environ.

Deuxième jour. Une troisième saignée, de même quantité que les deux premières, et si la douleur de côté persiste, on réitérera l'application des sangsues ou des ventouses.

Troisième jour. La plupart des péripneumonies du premier degré sont arrêtées, et pour ainsi dire *jugulées* dès le troisième jour du traitement; et c'est pour cela que M. Bouillaud désigne assez souvent cette méthode sous le nom de *jugulante*, au lieu de celui de méthode des saignées à haute dose. Que si la péripneumonie résiste encore le troisième jour, il faut, sans hésiter, pratiquer une quatrième saignée de trois à quatre palettes encore.

Quatrième jour. La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, résiste rarement au delà du quatrième jour. Dans les cas où il en est ainsi, on peut pratiquer encore une nouvelle saignée; mais le plus ordinairement il est mieux d'y renoncer et d'appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

En règle générale, on ne doit renoncer décidément aux émissions sanguines que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, et que la dyspnée et la douleur ont à peu près complétement cessé. Si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très-peu nombreuses.

Cinquième et sixième jours. Il ne s'agit plus que de surveiller attentivement l'état du malade. Dans les cas les plus ordinaires, la résolution s'opère rapide-

DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE.

Laënnec se demande : *Connaît-on des péripneumonies chroniques ?* M. Chomel ne se rappelle pas avoir trouvé plus de deux fois une lésion du poumon qui lui ait paru constituer une péripneumonie chronique (*Dictionnaire* en 21 vol.). Nous pensons qu'elle existe plus souvent qu'on ne l'a dit, et sans être accompagnée de tubercules.

Caractères anatomiques. Le poumon se présente à l'état d'induration grise ou noirâtre ; sa densité est augmentée, il se déchire difficilement. Cette induration se rencontre dans tout un poumon, dans un seul lobe ou lobule et spécialement au sommet de l'organe, surtout chez les vieillards qui ont présenté des symptômes de bronchite chronique. On peut la rencontrer dans des lobes disséminés, ou enfin dans les vésicules agglomérées, et séparées par du tissu sain, ce qui constitue des granulations grises ou noires.

Ces lésions peuvent exister seules ou être accompagnées de tubercules.

Il est bien remarquable que les lobes supérieurs du poumon soient plus souvent affectés de pneumonie chronique que les lobes inférieurs, ce qui est le contraire pour la pneumonie aiguë.

On a trouvé des abcès et des dilatations bronchiques.

Causes. Elles sont les mêmes que celles de la bronchite chronique et de la pneumonie aiguë.

La pneumonie chronique peut être primitive et se développer lentement ; elle peut être consécutive à la pneumonie aiguë ; elle peut naître pendant le cours d'une bronchite chronique ; enfin, elle peut compliquer les tubercules pulmonaires.

Symptômes. 1° Locaux. — Ce sont ceux de la bronchite chronique, seulement la dyspnée est plus considérable. Ces deux maladies marchent souvent ensemble. Quelquefois pendant le cours de la pneumonie chronique il se manifeste des hémoptysies, quand surtout existent en même temps des tubercules.

La percussion donne un son mat. Mais si les indurations sont petites et disséminées, elle ne fournit plus de signes exacts.

L'auscultation fait souvent entendre du râle crépitant disséminé, tantôt la respiration bronchique, tantôt absence complète de respiration.

2° Généraux. — L'ensemble des symptômes généraux de la pneumonie chronique ressemble beaucoup à celui de la phthisie pulmonaire. Ainsi, comme dans cette dernière, il y a dépérissement, marasme, fièvre lente, des frissons, quelquefois des sueurs nocturnes.

Durée. Indéterminée ; elle peut être de trois à quatre mois ou d'une année et même de plusieurs années.

Terminaison. Quand l'affection est bornée et reste à l'état d'induration rouge, la maladie peut se terminer par le retour à la santé. Mais si elle s'étend de plus en plus, elle se termine par la mort, soit par la désorganisation causée par l'affection primitive, soit en donnant naissance à des tubercules.

Pronostic. Toujours grave.

Traitement. Il repose sur les mêmes bases que celui de toutes les phlegmasies chroniques. Si l'état du malade le permet, évacuations sanguines ; sinon, on a recours à de puissants révulsifs, aux moxas, aux sétons sur les parois thoraciques. On suivra, en général, le traitement indiqué pour la bronchite chronique.

HÉMORRHAGIES.

De l'Apoplexie pulmonaire.

Les centres nerveux ne sont pas les seuls organes où puissent se faire des épanchements sanguins. Les poumons sont aussi, dans quelques circonstances, le siége de cette altération, fort différente de l'hémoptysie, qui n'est, comme nous l'avons vu, qu'une exhalation sanguine.

Caractères anatomiques. L'apoplexie pulmonaire s'est présentée, sur le cadavre, sous plusieurs formes. On a trouvé le poumon gorgé de sang, comme dans la pneumonie la plus intense, et sa surface offrant plusieurs

ment, et déjà l'appétit commence à se faire sentir. Dans quelques cas exceptionnels, une réaction, une sorte de recrudescence peut se manifester, et l'on peut être réduit à revenir, mais avec plus de réserve et de sobriété, aux émissions sanguines. C'est alors, ou jamais, qu'on pourrait tenter avec quelque avantage le tartre stibié à haute dose.

On peut varier la formule qui vient d'être exposée. Ainsi, quelquefois au lieu de deux saignées en un seul jour, à la dose indiquée, on peut n'en faire qu'une de cinq à six palettes.

La quantité moyenne de sang qu'on retire, peut être évaluée à seize ou vingt palettes, c'est-à-dire quatre ou cinq livres, quantité qui doit être enlevée dans l'espace de trois jours.

Les pneumonies légères, c'est-à-dire à la fois peu étendues et au premier degré, ne datant que d'un jour ou deux, sont enlevées ordinairement après la troisième émission sanguine.

Dans les pneumonies graves, savoir celles qui envahissent la majeure partie des deux poumons, et qui sont parvenues au deuxième et au troisième degré, il faut porter quelquefois les saignées du bras jusqu'à sept, huit, et même neuf, sans préjudice des émissions sanguines locales, telles qu'elles ont été précédemment indiquées.

Quant aux pneumonies qui envahissent la totalité du poumon, ou qui, sans être aussi vastes, sont décidément parvenues à la troisième période, elles tuent le plus souvent les malades, avant qu'on ait eu le temps de pousser aussi loin les saignées.

déchirures profondes. La substance de ce viscère était comme macérée, tellement dénaturée et confondue avec les caillots très-compactes dont elle était environnée, qu'on ne pouvait l'en séparer qu'avec beaucoup de peine et en partie. On a trouvé des caillots de sang noirâtre, contenus en partie dans la cavité du thorax, en partie dans l'épaisseur du poumon, qui était déchiré comme le cerveau dans les hémorragies de cet organe. Dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je trouvai un des points de la surface du poumon, déchiré dans l'étendue d'un pouce. En incisant le poumon, je découvris un espace qui aurait pu être occupé par une grosse orange, et dans lequel le tissu du poumon n'existait plus que sous forme de débris, auxquels était entièrement uni et combiné un sang encore liquide dans quelques points, coagulé dans d'autres.

On peut trouver aussi, comme M. Cruveilhier en a rapporté un exemple, les poumons parsemés d'une multitude de foyers sanguins, sphéroïdes, très-nettement circonscrits, leur couleur d'un noir de jais ; leur densité, leur frangibilité contrastaient avec l'état parfaitement sain des couches pulmonaires adjacentes; leur volume variait depuis celui d'une aveline jusqu'à celui d'un gros œuf de poule; le plus grand nombre avoisinaient la plèvre qu'ils soulevaient; les plus petits étaient placés immédiatement sous cette membrane.

Déchirés, ces foyers sanguins présentaient un aspect granulé; le sang coagulé qui les constituait, infiltré dans les cellules pulmonaires, faisait tellement corps avec elles, que, sans les divisions bronchiques qu'on voyait çà et là au milieu des foyers, sans les lames fibreuses qui en traversaient quelques-unes, on eût dit d'un caillot de sang concret. Au reste, la macération, en enlevant couche par couche ces caillots, a mis à découvert la trame spongieuse du poumon, et a permis de voir au centre de chaque foyer une déchirure plus ou moins considérable (*Voyez* Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 3e livraison).

On voit donc que l'apoplexie pulmonaire peut présenter tous les degrés, depuis une simple infiltration de sang jusqu'à un foyer sanguin considérable, avec déchirure des parois et épanchement de sang au dehors.

Dans les cas de simple infiltration, la tumeur sanguine est dure; elle est molle, lorsque le sang s'est épanché dans le tissu pulmonaire déchiré.

Les foyers sanguins pulmonaires se présentent toujours exactement circonscrits et sous forme sphéroïdale; ce qui s'explique par le défaut de communication des lobules pulmonaires entre eux, et par la compressibilité du poumon. L'absorption de la partie la plus liquide du sang rend compte aussi de leur dureté.

Causes. Elles sont peu connues. Dans la plupart des cas observés d'apoplexie pulmonaire, il y avait coïncidence avec une maladie organique du cœur. Quelquefois cette affection a coïncidé avec la phthisie pulmonaire.

Symptômes. Nous avons vu que l'apoplexie pulmonaire présentait plusieurs degrés dans les lésions anatomiques ; nous devons trouver aussi plusieurs degrés dans les symptômes qui les traduisent. Elle peut tuer instantanément, comme l'hémorragie cérébrale la plus intense : c'est l'apoplexie foudroyante dont Corvisart a rapporté un cas.

Elle peut déterminer une dyspnée subite excessivement violente, qui fasse périr le malade quelques instants après. La dyspnée peut durer quelque temps, sans qu'on puisse apprécier la cause qui la produit.

La percussion et l'auscultation n'indiquent rien dans la plupart des cas. Laënnec donnait comme signes caractéristiques l'absence de la respiration dans une partie peu étendue du poumon, et un râle crépitant existant aux environs. Mais ces caractères sont loin d'être constants.

Un signe plus positif est l'expectoration d'un liquide noir sans fétidité, semblable à une solution de suc de réglisse, et qui annonce la présence d'un foyer sanguin dont le sang altéré est expulsé au dehors.

Traitement. Il est basé sur les mêmes principes que celui de l'hémorragie cérébrale. Les émissions sanguines, largement répétées, doivent être employées dès le début. Ni la faiblesse apparente, ni la petitesse du pouls ne sont une contre-indication à leur emploi.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

DE L'OEDÈME DU POUMON.

Cette affection n'a été bien décrite que par Laënnec; elle est cependant assez commune.

Caractères anatomiques. Lorsqu'un poumon tout entier est le siége de la maladie, et qu'elle remonte à une époque assez éloignée, on le trouve pâle ou jaunâtre, ayant perdu la couleur rosée qu'il présente à l'état normal. Après l'ouverture de la poitrine, il ne s'affaisse pas, et il est plus dense et plus pesant. Les vaisseaux aussi paraissent plus dilatés qu'à l'ordinaire. Moins souple et moins élastique qu'à l'état sain, il crépite à la pression et conserve l'impression du doigt. Incisé et pressé, il en résulte une sérosité abondante, incolore ou légèrement jaunâtre, transparente et un peu spumeuse.

Causes. L'œdème des poumons peut être une maladie primitive, ou se produire pendant le cours ou vers la fin de maladies diverses, la bronchite aiguë, la pneumonie

aiguë, les affections organiques du cœur, les maladies du cerveau, telles que l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement ou la pression exercée par la sérosité sur la huitième paire. Elle apparaît aussi sous l'influence d'hydropisies générales ; et toutes les maladies chroniques qui nécessitent un long décubitus sur le dos, peuvent la produire.

Symptômes. L'œdème du poumon se présente sous trois formes diverses.

1° Forme sur-aiguë. — L'individu étant dans un état de santé parfaite, ou bien pendant le cours d'une maladie aiguë, on voit naître tout à coup une suffocation rapide qui entraîne la mort par asphyxie. Cet état de suffocation peut durer deux ou trois heures, ou se prolonger pendant deux ou trois jours.

2° Forme aiguë. — Elle est encore caractérisée par une dyspnée considérable qui augmente pendant quatre ou douze jours, qui se dissipe ensuite pour faire place à une prostration complète, pendant laquelle la mort arrive

3° Forme chronique. — Sous cette forme, la dyspnée peut être nulle ou légère dans l'état de repos, pendant des mois entiers, mais apparaissant avec plus ou moins d'intensité par l'exercice, par la toux et par l'expectoration.

Sous ces trois formes, la percussion rend un son plus ou moins obscur, selon le degré de la maladie.

Par l'auscultation, on découvre que la respiration vésiculaire est beaucoup plus faible qu'à l'état normal, et qu'elle s'accompagne d'un râle sous-crépitant, moins sec que celui de la pneumonie au premier degré, et à bulles plus humides et plus volumineuses. « Cependant, dit Laënnec, on doit avouer qu'il est quelquefois difficile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre à l'aide des seuls signes donnés par le cylindre, et qu'il est nécessaire d'y joindre la comparaison des symptômes généraux. Quand l'œdème est très-étendu et très-intense, la sonoréité de la poitrine diminue assez notablement. Un peu de bronchophonie se manifeste dans ces cas, à la racine du poumon surtout. Mais la longue persistance du râle crépitant, et l'absence des signes généraux de l'inflammation, permettent presque toujours de distinguer l'œdème du poumon de la pneumonie au premier degré, même dans les cas où ces affections sont réunies. » (*Auscultation médicale*, t. II, p. 555.)

La marche de cette maladie est fort irrégulière. Elle peut se terminer par la mort ou par le retour à la santé.

Traitement. L'œdème du poumon peut être produit par tant de causes diverses, que son traitement doit varier selon les causes, selon la forme qu'il affecte, suivant les conditions de l'économie qui produisent toute hydropisie. Ses complications réclament aussi un traitement spécial, variable selon leur nature.

DE L'EMPHYSÈME INTER-LOBULAIRE DE LAENNEC.

Caractères anatomiques. Le tissu cellulaire qui se trouve interposé entre les boules pulmonaires, peut être infiltré d'air, et il en résulte que la surface du poumon présente de petites ampoules ou de petites vessies disposées en bandes transparentes, pénétrant plus ou moins profondément dans le tissu pulmonaire. Laënnec a aussi observé plusieurs fois ces bulles d'air le long des vaisseaux qui parcourent le poumon, et le long de ceux qui rampent à sa surface.

Le tissu pleural peut aussi être ou avoir été pénétré par l'air, ce qui donne lieu quelquefois à des ampoules très-considérables.

Laënnec dit que lorsque l'emphysème inter-lobulaire est voisin de la racine du poumon, il gagne promptement le médiastin et de là le tissu cellulaire inter-musculaire et sous-cutané de toutes les parties.

Causes. Il peut se développer spontanément par le fait d'une simple exhalation, ou mécaniquement par la rupture des vésicules pulmonaires, qui peut elle-même être spontanée ou mécanique, par le fait d'une plaie, d'un violent effort, ou de toute autre cause traumatique.

Symptômes. La dyspnée est en rapport avec l'étendue de la lésion. La percussion ne donne, quelquefois, que des signes négatifs, ou bien elle donne un son clair comme dans l'emphysème vésiculaire dont nous nous occuperons plus bas. Si l'emphysème est peu étendu, l'auscultation ne fournit aucun signe. Si, au contraire, la lésion est considérable, on entend un bruit de frottement et un râle crépitant sec, à grosses bulles, sensible surtout dans l'inspiration, tandis que le bruit de frottement s'entend dans l'inspiration et dans l'expiration.

Le *pronostic* de cette affection est peu grave : l'air infiltré dans le poumon est peu à peu résorbé, et les malades guérissent plus ou moins rapidement.

Quant au *traitement*, comme il ne diffère en rien de celui de l'emphysème vésiculaire, nous renvoyons à celui-ci ce que nous avons à en dire.

III° CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

DE L'HYPERTROPHIE DU POUMON.

Laënnec a décrit une hypertrophie du poumon que rien ne peut faire reconnaître pendant la vie. Elle consiste en une augmentation

de densité qui rapproche le tissu pulmonaire de l'état de celui de certains animaux chez lesquels l'hématose est plus développée que chez l'homme.

L'hypertrophie d'un poumon survient aussi lorsque l'autre s'est atrophié par suite d'un épanchement dans les plèvres, ou par suite de pneumonie chronique. Dans ces cas on peut voir un poumon remplir les deux tiers de la cavité thoracique.

Accompagnée d'induration, l'hypertrophie pulmonaire est assez fréquente chez les enfants mort-nés. Elle se manifeste aussi plus particulièrement dans le tissu cellulaire inter-lobulaire, qui peut acquérir toute la densité du tissu fibreux, et même du tissu cartilagineux.

DE L'ATROPHIE DU POUMON.

Le poumon peut présenter normalement, chez l'adulte, les apparences de celui du vieillard ou de celui des animaux dont la respiration est moins active. Dans cet état, il peut arriver deux choses: ou le poumon a moins de volume, ou, avec le volume normal, il a une densité moindre; ce dernier cas est le plus commun. Alors, vu au microscope, on trouve que le poumon présente moins de matière que dans l'état normal; ses parois sont réduites en filaments irréguliers, et les vésicules sont changées en longues cellules communiquant entre elles. Entre cette altération et l'emphysème pulmonaire, la ligne de démarcation est difficile à établir; aussi allons-nous passer à la description de cette dernière maladie.

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

L'emphysème pulmonaire est improprement désigné. Ce nom devrait être exclusivement réservé à l'emphysème inter-lobulaire que nous avons déjà décrit.

Cette maladie, signalée par Laënnec, est caractérisée par la dilatation des vésicules pulmonaires.

Caractères anatomiques. A l'ouverture de la poitrine des sujets morts emphysémateux, les poumons ne s'affaissent pas; ils sont plus volumineux que dans l'état ordinaire, et se recouvrent quelquefois par leur bord libre, qui est plus épais qu'à l'état normal. Après avoir chassé l'air qui les remplissait, on voit que leur tissu est plus ferme et moins mince que celui d'un poumon sain. Leurs cellules présentent une dilatation plus ou moins considérable.

L'étendue de l'emphysème est variable, atteignant tantôt les deux poumons en entier, tantôt l'un d'eux seulement en totalité ou en partie. Sur 42 cas observés par M. Louis, 18 fois l'emphysème général des deux poumons fut rencontré. Il eut lieu à peu près aussi fréquemment à droite qu'à gauche, au lobe supérieur qu'au lobe inférieur.

La dilatation des vésicules est toujours plus marquée au bord tranchant que dans les autres parties du poumon. C'est le long de ce bord tranchant qu'on rencontre quelquefois des appendices qui résultent de la déchirure des cellules pulmonaires, et dont la forme, le volume et la structure sont très-variables.

Les bronches, dans la plupart des cas, ne participent pas à cette dilatation.

Le volume du cœur a été souvent augmenté et cette augmentation était d'autant plus considérable, que l'emphysème était plus prononcé.

Causes. Laënnec considérait le catharre pulmonaire sec comme une des causes qui produisaient la dilatation des vésicules pulmonaires, en admettant la présence d'un mucus visqueux dans les vésicules qui, ne pouvant s'en débarrasser aisément, s'en trouvaient nécessairement dilatées. M. Louis n'admet pas cette explication, d'une part, parce que, dans les cas qu'il a observés, l'emphysème avait été rarement précédé de catharre, et d'autre part, parce que les tuyaux bronchiques voisins de la dilatation, ont été trouvés vides, sans mucus ou fausse membrane.

L'emphysème est quelquefois survenu après une émotion morale vive.

Il est quelquefois héréditaire; et d'après les remarques de Jackson, l'influence de l'hérédité est beaucoup plus marquée dans les cas où l'emphysème remonte à la première jeunesse, que dans ceux où il débute après l'âge de vingt ans.

Il se développe à peu près également chez les deux sexes, sur toutes les constitutions et à tous les âges.

Symptômes. La dyspnée est habituelle et a lieu dans tous les cas. L'époque de son apparition est variable, ayant lieu, tantôt dès l'enfance, tantôt à un âge plus ou moins avancé. En général, elle augmente graduellement, et présente de temps en temps des exacerbations, spécialement quand une bronchite vient intérieurement se joindre à l'emphysème. Elle peut rester stationnaire ou devenir si intense, qu'elle simule des accès d'asthme. Quelquefois elle est nulle pendant le repos, mais apparaissant alors avec plus ou moins d'intensité par le mouvement, par les éclats de voix, par des émotions morales, ou par des vicissitudes atmosphériques, qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

Si le début de la dyspnée remonte à l'enfance, ses progrès sont ordinairement très-lents et quelquefois même insensibles. Sa marche ascendante est plus fréquente chez les sujets qui n'ont présenté des signes d'emphysème qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'enfance.

M. Louis considère la dyspnée, comme un symptôme presque caractéristique de l'emphysème, par l'époque de son début si rapproché de l'enfance, par sa durée, par sa continuité, par ses accès, et par son isolement des autres symptômes des maladies du cœur. On ne peut pas, en effet, la rapporter à un catharre pulmonaire dont tous les autres symptômes manquent complétement; à une dilatation des bronches partielle ou générale, car la dyspnée qui résulte de cette dernière affection est ordinairement légère et sans accès; à une maladie du cœur qui détermine une dyspnée dont l'invasion remonte à un âge plus ou moins avancé, et non pas à l'enfance, comme chez un certain nombre de sujets emphysémateux; enfin à la phthisie pulmonaire, car l'emphysème n'est jamais accompagné d'hémoptysies, ou des autres signes de cette maladie.

La toux est à peu près constante, variable d'ailleurs en intensité, continue ou intermittente, et débutant, soit avant, soit avec, soit après l'oppression. Quand elle est continue, elle est généralement peu fréquente, à moins qu'un catarrhe pulmonaire aigu ne détermine des accès de dyspnée, qui augmentent sa fréquence.

Les crachats des sujets emphysémateux sont très-variables. Le plus ordinairement ils sont mousseux, ou liquides et semblables à une dissolution de gomme. Quelquefois on les trouve épais, opaques, peu aérés, et offrant quelques stries de sang. Ceux-ci sont, en général, le résultat d'un catarrhe pulmonaire aigu.

L'hémoptysie est excessivement rare dans l'emphysème pulmonaire; elle n'a été observée qu'une fois.

La configuration du thorax a été altérée dans tous les cas observés jusqu'ici. Cette altération consiste dans une saillie presque toujours partielle, et qui est à son maximum dans les points où l'emphysème est plus prononcé. Cette saillie, dont le siége est variable, s'étend dans la largeur de trois à six pouces, depuis le dessous de l'une des clavicules, jusque près et quelquefois au delà de la mamelle. Cette saillie est fort importante à considérer, car elle conduit à un diagnostic rigoureux de l'emphysème. On ne l'attribuera pas, en effet, à un vice de conformation, si l'on observe qu'elle est formée à la fois par les côtes et par les espaces intercostaux. On ne la confondra pas avec celle qui est le résultat d'un épanchement pleurétique, car celle-ci est ordinairement générale et plus marquée inférieurement que supérieurement. Si l'on avait quelques doutes sur la présence d'un épanchement dans le péricarde, l'absence des autres symptômes de la péricardite, et la percussion surtout, viendraient bientôt éclairer le diagnostic. Enfin, si l'idée venait d'un anévrisme de l'aorte, on se souviendrait que dans cette affection, la saillie qu'elle détermine est plus circonscrite, plus évidente et moins uniforme que celle qui est le résultat d'un emphysème.

M. Louis a reconnu aussi une autre saillie derrière et au-dessus des clavicules, et qui existe ordinairement du même côté que la première.

La percussion indique une sonoréité plus grande que dans l'état naturel, soit dans toute l'étendue de la poitrine, soit dans un espace limité plus ou moins étendu. Cette sonoréité est à son maximum dans les points qui correspondent à la saillie et dans toute l'étendue de celle-ci.

L'auscultation fait reconnaître un affaiblissement du bruit respiratoire, soit dans toute l'étendue de la poitrine, soit dans des points circonscrits et correspondant ordinairement au siége de la saillie. Ce signe, joint à la sonoréité de la poitrine, est d'une grande valeur dans le diagnostic de l'emphysème.

La faiblesse du bruit respiratoire peut coïncider avec le râle sifflant et avec le râle souscrépitant. Le premier a lieu à peu près dans la moitié des cas. Le second existe seul ou compliqué avec le précédent, et est beaucoup plus fréquent.

Dans beaucoup de cas, les malades se plaignent de douleurs dans la poitrine, douleurs dont il n'a pas encore été possible d'apprécier le siége ni la nature.

Au commencement de la maladie, la circulation est en général dans un état normal; mais bientôt elle se trouble dans la plupart des cas, et ce trouble consiste dans des palpitations plus ou moins fortes, qui arrivent à une époque déjà avancée de la maladie, et qui sont suivies d'œdème. Ces phénomènes annoncent la complication d'une maladie du cœur, et, à l'autopsie des malades qui ont succombé, cette complication a été mise hors de doute.

Le pouls ne se trouble que lorsqu'existe cette maladie du cœur. Quant à la circulation capillaire, la face est violacée, comme pendant les accès, et elle reste habituellement dans cet état quand les accès de dyspnée sont fréquents.

La *marche* de l'emphysème est chronique et présente cependant quelques variations. Chez quelques sujets elle offre à peine quelques légers changements pendant plusieurs années de suite. Chez d'autres la maladie débute avec violence et peut marcher rapidement.

Traitement. L'emphysème, comme nous l'avons vu, peut être simple, ou présenter des complications plus ou moins graves. Dans le premier cas, il faut éviter toutes les causes qui provoquent la dyspnée, les émotions morales, l'exposition à l'humidité et à une atmosphère chargée de poussière ou de brouil-

lard ; s'abstenir de fatigues du corps et de l'esprit, de conversations et de lectures trop animées qui provoquent l'accélération de la respiration. Quelquefois le simple changement de lieu peut avoir de l'influence sur la dyspnée. L'opium, sous toutes les formes, paraît agir favorablement sur ce symptôme.

D'ailleurs tous les moyens que nous avons indiqués pour les hypérémies des poumons et pour la bronchite aiguë, conviennent à l'emphysème pulmonaire.

Quand il est compliqué de maladie du cœur, les moyens doivent varier suivant la nature de l'affection, moyens dont l'indication a été déjà donnée dans des articles spéciaux.

IVe CLASSE. — PRODUCTIONS MORBIDES.

Parmi les produits morbides qui peuvent se développer dans les poumons, les uns ont leurs analogues dans l'état sain, les autres sont sans analogues dans l'économie.

Dans les premiers se trouvent les kystes séreux, dont le développement plus ou moins considérable peut déterminer la dyspnée ; des masses fibreuses et cartilagineuses, qui prennent souvent naissance pendant le cours de la phthisie pulmonaire ou de la bronchite chronique.

Dans les seconds se trouvent les entozoaires.

DES HYDATIDES DU POUMON.

On n'a rencontré que des acéphalocystes.

Leur siége, dans la plupart des cas, est dans le parenchyme pulmonaire, soit dans un poumon, soit dans les deux. On peut en rencontrer aussi dans les veines pulmonaires. Les hydatides communiquent souvent avec les bronches ou avec les plèvres. Leur grosseur est variable : on en trouve depuis celle d'un haricot jusqu'à celle du poing, et envahissant un lobe entier. Quelquefois leur présence coïncide avec une pneumonie ou avec des tubercules pulmonaires.

On a cru voir les hydatides du poumon coïncider avec les hydatides dans le foie. On les a vues communiquer entre ces deux organes.

Les causes de la production des hydatides du poumon sont complétement inconnues. On a voulu les attribuer à l'inflammation ; évidemment cette cause est hypothétique et n'explique rien.

On les a observées depuis l'âge de vingt ans jusqu'à soixante, et plus.

Les symptômes sont nuls si les hydatides sont en petit nombre, si l'espace qu'elles occupent est circonscrit, enfin si elles coexistent avec une pneumonie aiguë ou avec toute autre affection pulmonaire. Le seul symptôme pathognomonique est l'expectoration des acéphalocystes. On a vu des cas cependant où des acéphalocystes formés dans le foie, sont sortis par les bronches ; mais dans ce dernier cas ils sont teints par de la bile. Cette expectoration peut n'avoir lieu qu'une fois, ou se répéter pendant trois ou quatre mois.

Les renseignements fournis par la percussion et par l'auscultation sont nuls. Dans un cas où la partie inférieure de la poitrine donnait un son mat, nous trouvâmes dans chaque lobe inférieur du poumon une vaste poche remplie d'hydatides.

La durée de cette affection ne peut pas se determiner. La mort peut en être le résultat, soit par suffocation, soit par l'inflammation qu'elle peut déterminer. Le retour à la santé peut être aussi sa terminaison.

On ne sait rien de satisfaisant sur le traitement à opposer à cette affection.

DES CALCULS PULMONAIRES.

Les calculs pulmonaires sont variables par leur consistance. Ils sont durs ou mous et semblables à des grumeaux de plâtre délayés dans de l'eau. Ils sont gris, blancs ou noirs. Leur volume est variable : nous en avons vu un gros comme le poing. Leur nombre varie aussi : quelquefois on n'en trouve qu'un seul ; d'autres fois ils sont si nombreux, que le parenchyme pulmonaire en paraît comme parsemé. Ils sont composés de carbonate et de phosphate de chaux mêlés à de la matière animale. Ils sont seuls, ou ils coïncident avec la pneumonie, avec la bronchite chronique, et surtout avec les tubercules.

Les causes de ces productions calcaires au sein des poumons sont encore inconnues. On avait pensé que les ouvriers respirant un air chargé de molécules pierreuses, y étaient exposés ; mais cette opinion ne peut être admise, car il n'y a aucun rapport entre ces susbtances et les calculs pulmonaires.

On les a observés à des âges très-divers, chez les vieillards et chez les adultes, seuls ou en même temps que d'autres concrétions se formaient dans d'autres organes. Cependant ils sont plus fréquents dans la vieillesse ; et quand ils se forment pendant la jeunesse, ils coïncident presque toujours avec des tubercules pulmonaires. Nous en avons trouvé un cas coïncidant avec une carie d'un des os iliaques. Dans un autre cas observé sur une femme âgée, nous trouvâmes une destruction complète du corps de deux vertèbres. Tous les ganglions du corps, chez cette femme, présentaient des traces de substances osseuses ou phosphateuses.

Les symptômes des calculs des poumons ne diffèrent pas essentiellement de ceux que déterminent la bronchite ou la pneumonie chronique. Si le volume des calculs est très-considérable, ou qu'ils soient très-nombreux, ils peuvent produire le dépérissement graduel ou la phthisie calculeuse de Bayle. Mais ces cas sont extrêmement rares, car il y a pres-

que toujours coïncidence avec les tubercules pulmonaires; le nombre des tubercules est même toujours supérieur à celui des calculs. Le seul caractère propre à faire reconnaître la présence de ces productions, est l'expectoration; et encore ce signe ne suffit pas pour faire reconnaître si les calculs proviennent des poumons, des bronches ou des ganglions bronchiques.

On sent bien que la thérapeutique est ici tout à fait impuissante, car le diagnostic est presque impossible. Parviendrait-on à avoir une connaissance complète de l'affection, qu'il serait toujours fort difficile de pouvoir s'opposer avec efficacité à la formation de ces produits.

DE LA MÉLANOSE PULMONAIRE.

Cette matière, que l'on rencontre fréquemment à une époque avancée de la vie dans les poumons, soit dans le tissu inter-lobulaire, soit dans les parois des vésicules, peut, à une époque moins avancée, être liquide et infiltrer le parenchyme pulmonaire sain ou induré. On la trouve quelquefois en masses isolées et enkystées. Ce n'est pour nous, dans la plupart des cas, qu'une forme de pneumonie chronique.

En même temps qu'on trouve cette matière dans le poumon, on peut la rencontrer dans d'autres organes, comme le foie, la rate, le cerveau, etc.

On peut quelquefois confondre la mélanose avec les glandes bronchiques. Pour éviter cette erreur, il faut se souvenir que ces glandes sont petites, rapprochées des bronches, que leur surface est très-lisse, et que leur intérieur offre rarement une couleur noire bien uniforme, et que le liquide qui en suinte n'est pas poisseux; il colore à peine le doigt qui le touche, ce qui est bien différent de cette teinte d'encre de Chine que la mélanose laisse sur la peau qui est en contact avec elle.

Les causes qui produisent la mélanose du poumon sont fort obscures. On a dit qu'elles se produisaient sous l'influence de la vapeur de l'huile et du charbon en combustion. On l'a trouvée dans toutes les conditions et dans toutes les professions possibles, à la campagne comme à la ville, sur les chevaux des villes comme sur ceux des champs. M. Dupuy a observé qu'elle était plus fréquente chez les chevaux blancs.

Les symptômes que détermine cette production dans les poumons, sont absolument les mêmes que ceux que détermine la pneumonie chronique. Bayle en avait fait une espèce de phthisie qu'il appelait *mélanique;* mais, encore une fois, nous croyons que ce n'est qu'une variété anatomique de la pneumonie chronique.

DU CANCER DES POUMONS.

C'est une maladie rare, dont Bayle, le premier a donné une bonne description, et dont il fit une espèce particulière de phthisie pulmonaire, sous le nom de *phthisie cancéreuse.* Sur deux cents ouvertures de cadavres, elle a été rencontrée quatre fois.

Caractères anatomiques. Cette affection peut se présenter sous deux formes différentes, et qu'il importe d'apprécier.

1° Dans la première forme, on trouve dans la substance pulmonaire une ou plusieurs masses cancéreuses, de volume et de configuration variables, enveloppées ou non d'un kyste, et déposées dans le parenchyme de l'organe. Autour de ces masses cancéreuses, qui peuvent facilement être enlevées, le tissu pulmonaire environnant peut rester intact.

Ces masses cancéreuses, ordinairement formées par la matière encéphaloïde, ne se développent en général dans les poumons, que dans les cas où d'autres parties du corps sont en même temps le siége de masses cancéreuses plus ou moins volumineuses.

2° Dans la seconde forme, une portion plus ou moins considérable des poumons s'est transformée en une matière cancéreuse de l'espèce squirrheuse. Cette transformation peut exister dans un des lobes d'un poumon seulement, ou dans un poumon tout entier. M. Bouillaud a observé un cas de ce genre.

Le cancer du poumon, quelle que soit d'ailleurs sa forme, coïncide presque toujours avec le cancer d'autres organes. Bayle ne cite qu'un seul cas où il n'ait pas trouvé cette coïncidence; cependant, même dans ce cas, le sujet portait une tumeur au cou en suppuration, qui est mal décrite. M. Bouillaud a cité deux cas où il n'a pas trouvé d'autre cancer. Pour notre compte, nous n'avons jamais rencontré le cancer du poumon, sans en rencontrer aussi dans d'autres parties du corps.

Cette coïncidence peut d'ailleurs avoir lieu sur des organes externes ou internes, ou à la fois sur des organes internes et externes. Ainsi on peut voir le cancer du poumon coïncider avec le cancer du nez, de la mamelle, ou du testicule, comme nous en avons observé un cas sur un individu qui fut atteint du cancer du poumon trois mois après avoir été opéré d'un sarcocèle. Dans les organes intérieurs, le cancer du poumon coïncide avec ceux du foie, de l'utérus ou du cerveau, comme M. Cayol en a donné un exemple à Bayle. Enfin M. Velpeau a constaté qu'en même temps que le cancer existait dans les poumons, il existait aussi dans toutes les glandes et dans le cœur.

Causes. Il est fort difficile d'admettre que l'inflammation soit la cause du cancer des poumons, car le plus souvent il ne détermine

aucun symptôme de bronchite ou de pneumonie; et nous avons même vu que dans la première forme le poumon reste sain autour des masses cancéreuses.

Les premiers symptômes apparaissent quelquefois après l'enlèvement d'une tumeur cancéreuse.

Quant aux âges, on l'a observé depuis 25 ans jusqu'à 72 ans. Sur neuf cas de cancer du poumon où l'âge a été noté, on trouve les résultats suivants : 25, 35, 37, 48, 49, 55, 57, 58, 72 ans.

Symptômes. Les symptômes sont nuls dans les cas où le cancer pulmonaire n'est qu'un épiphénomène d'une diathèse cancéreuse générale. Dans d'autres cas, on a observé une dyspnée en rapport avec le nombre et le volume des masses cancéreuses développées au sein de l'organe. On conçoit d'ailleurs que la dyspnée, qu'un son mat et l'absence de la respiration, soient la conséquence d'un cancer développé dans les poumons; mais ces signes se rencontrent dans toute autre production morbide, et ne suffisent pas pour préciser le diagnostic. Si à ces signes se joignaient la fétidité de l'haleine, la teinte livide et plombée du visage, l'existence d'un cancer dans un autre organe, on aurait de fortes probabilités pour l'existence du cancer dans les poumons.

Parvenu à la période de ramollissement, le caucer du poumon détermine, comme tous les autres, une altération profonde de la nutrition, la fièvre hectique, le marasme; et cette couleur jaune paille qui est un indice assuré de l'existence de quelque affection cancéreuse.

Quant à la douleur lancinante qui accompagne presque toujours les productions cancéreuses, elle n'a jamais été observée dans le cancer du poumon. Dans un seul cas, Bayle a signalé une douleur semblable à celle qu'on éprouve en pressant sur le testicule.

Les moyens chirurgicaux et médicaux sont complétement impuissants pour combattre cette affection. On ne peut qu'employer des moyens palliatifs et les adoucissants.

TUBERCULES, OU DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Avec les pathologistes modernes nous donnerons le nom de phthisie pulmonaire à la maladie caractérisée par la présence de tubercules dans le poumon.

On sait que les anciens désignaient par ce mot, qui veut dire amaigrissement (de φθιω je sèche, je flétris), tout état de consomption et de marasme qui était le résultat d'une maladie du poumon, qu'elle qu'en fût la cause, ou d'une maladie quelconque. Ainsi vous trouverez dans les anciens auteurs la phthisie *laryngée, pulmonaire, gastrique, hépatique, intestinale, splénique, rénale,* etc., pour exprimer l'état d'amaigrissement produit par des lésions du larynx, des poumons, de l'estomac, du foie, etc.

Dans des temps plus rapprochés de nous, Bayle avait divisé la phthisie en autant d'espèces qu'il peut y avoir de lésions organiques des poumons, capables, comme il le croyait, d'amener la mort, par suite de leur développement. Ainsi il admettait des phthisies tuberculeuses, granuleuses, cancéreuses, mélanées, calculeuses et ulcéreuses. Nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de cette manière de voir, et depuis Laënnec les pathologistes pensent généralement qu'il n'y a qu'une seule espèce de phthisie, la phthisie tuberculeuse, et l'existence des tubercules dans les poumons est la cause qui constitue le caractère propre de la phthisie.

Anatomie pathologique de la phthisie pulmonaire.

§ 1er. Dans le poumon, nous avons à étudier les tubercules eux-mêmes, et le poumon autour d'eux.

1° *Les tubercules.* Les tubercules offrent trois périodes bien distinctes dans leur existence; une période de développement ou de crudité; une période d'élimination ou de ramollissement; une période d'excavation ou de caverne. Notons que nous n'étudions ici le tubercule que comme ayant son siége dans le poumon; car il ne présente pas dans tous les organes ces trois périodes.

1re *Période.* — De développement ou de crudité. Les tubercules sont alors de petits corpuscules d'un blanc jaunâtre, arrondis, d'une consistance ferme, et assez durs à écraser, sans trace d'organisation ou de texture, disséminés ou réunis en masses plus ou moins considérables, ou intimement combinés avec le parenchyme pulmonaire à l'état d'infiltration et occupant seulement quelques lobules, ou tout un lobe ou même un poumon tout entier.

Leur nombre est très-variable. Les cas où l'on n'en rencontre qu'un seul sont extrêmement rares, car il est presque toujours possible d'en trouver d'autres en examinant attentivement.

Ils siégent ordinairement au sommet du poumon; quand on en rencontre en même temps dans les lobes inférieurs, ils sont toujours dans une période moins avancée de leur existence que ceux des lobes supérieurs.

Quel est l'état primitif des tubercules? Les opinions sont fort diverses sur ce sujet. D'après Laënnec, les tubercules commencent par de petits grains transparents, gris, quelquefois même diaphanes ou presque incolores, de grosseur variable depuis celle d'un grain

de millet jusqu'à celle d'un grain de chenevis et qu'il a nommés *granulations miliaires.* Selon ce médecin célèbre, quelques-unes de ces granulations présentent, au milieu de celles qui sont encore diaphanes et tout à fait incolores, un reflet opalin, ou une légère teinte grisâtre qui ne permet plus de les distinguer des tubercules ordinaires. En les incisant, dit-il, on trouve souvent au centre un point jaune et opaque qui indique leur prochaine transformation en tubercules jaunes. Selon Laënnec encore, on trouve dans certaines circonstances des tubercules jaunes et opaques dans les poumons, tout aussi petits que les granulations et parfois ramollis; les poumons qui sont le siége des granulations, contiennent en même temps des tubercules, et comme ces derniers, les granulations sont disséminées ou agglomérées en masses plus ou moins considérables; enfin on les trouve aussi avec les mêmes variétés de couleur et de transparence dans les plèvres, dans le péritoine, et dans les ulcérations intestinales des phthisiques.

M. Louis a donné à cette opinion de Laënnec l'autorité de son observation, et il dit avoir vu presque toujours les granulations d'autant plus grosses, plus nombreuses, plus jaunes à leur centre et plus opaques qu'elles étaient plus rapprochées du sommet des poumons, là où les tubercules ont ordinairement leur siége.

Quelque imposante que soit l'opinion de ces observateurs, nous avons été forcé de la repousser, et la nature des granulations pulmonaires nous paraît toute différente de celle qu'ils ont admise. Nous pensons que ces granulations ne sont point une production accidentelle, qu'elles ne sont pas le premier degré du tubercule, car alors on devrait les retrouver partout où existe celui-ci, ce qui n'a pas lieu, comme le pensait Laënnec, puisqu'on ne les observe que dans le tissu pulmonaire. Les granulations sont constituées par des vésicules pulmonaires indurées et hypertrophiées, et constituent une des formes anatomiques de la pneumonie, la *pneumonie vésiculaire.* Les granulations des membranes séreuses ne sont autre chose que des rudiments de fausses membranes, et celles qui ont leur siége dans les membranes muqueuses sont constituées par des follicules hypertrophiés. D'ailleurs, constamment nous avons trouvé ces granulations rouges et molles avant qu'elles deviennent grises et dures. Enfin, l'apparence des granulations se manifeste artificiellement après l'incision ou la déchirure des lobules pulmonaires.

M. Rochoux a consigné dans le *Journal hebdomadaire* une autre opinion sur l'état primitif des tubercules. Suivant ce médecin, avant la granulation grise de Laënnec, on trouve dans la place qu'il doit occuper un petit corps du quart ou tout au plus du volume d'un grain de millet, de couleur rougeâtre jaune, ayant quelque chose de luisant propre à certaines concrétions sanguines albumineuses, résistant, assez ferme et s'écrasant néanmoins sous l'ongle, ou plutôt s'aplatissant sans laisser couler de liquide, disparaissant presque entièrement par la pression, et uni enfin au tissu de l'organe par une foule de filaments celluleux ou vasculaires qui l'environnent en formant autour de lui une sorte de *tomentum.* Notre observation n'est pas d'accord avec celle de M. Rochoux, et nous n'avons jamais rencontré ces petits corps dont il parle.

M. Donné pense que le tubercule n'est au commencement qu'une particule de fibrine provenant d'une petite hémorragie.

Un médecin anglais, le docteur Baron, a avancé que le tubercule était d'abord constitué par un kyste à parois transparentes qui sécrète ensuite la matière blanche grisâtre. Les recherches des médecins français sont loin de confirmer ces opinions. M. Dupuy, il est vrai, a souvent constaté, chez les animaux, des hydatides et des tubercules dans les mêmes organes, et même des dépôts de matières tuberculeuses dans des kystes hydatidiques; mais ce qui est un cas fréquent chez certains animaux, est un cas extrêmement rare chez l'homme.

M. Magendie et M. Cruveilhier admettent que les tubercules, avant de se présenter sous la forme de masses solides et de petits corps arrondis d'un gris blanchâtre, sont à l'état liquide ou de pus, et ne se solidifient que par suite de l'absorption de leurs parties les plus ténues. Nous adoptons cette opinion dans ce sens, savoir : que tout ce qui compose notre corps doit avoir été primitivement liquide, et que le tubercule ne doit pas échapper à cette loi. Mais tout en admettant cette liquidité primitive du tubercule, peut-on expliquer, peut-on démontrer comment il passe de l'état liquide à l'état solide? Non; les recherches sont impuissantes, ou du moins l'ont été jusqu'ici, et toutes les fois que l'on peut apercevoir le tubercule, on le rencontre à l'état solide.

Quel est le siége précis du tubercule? L'observation démontre que cette matière peut également se produire à la surface de la membrane muqueuse des voies aériennes, soit dans les bronches, soit dans les vésicules pulmonaires elles-mêmes; dans le tissu cellulaire qui unit entre elles diverses parties du poumon; enfin nous croyons qu'il peut aussi se former dans des ganglions lymphatiques de l'intérieur du poumon. On sait que M. Broussais, guidé par l'analogie de ce qui se passe dans les ganglions mésentériques consécuti-

vement à une inflammation intestinale, a généralisé cette idée, en établissant que les tubercules pulmonaires avaient leur siége constant dans le système lymphatique de l'appareil respiratoire. Nous pensons que si M. Broussais s'était contenté de dire que quelquefois les ganglions lymphatiques se tuberculisent consécutivement à une bronchite, il serait resté dans le vrai.

De tout ce que nous venons d'exposer, il faut conclure que le tubercule ne paraît être qu'un simple produit morbide déposé, qu'il n'a rien d'organique, que quelquefois il est enveloppé d'un kyste, ce qui est infiniment rare; que les vaisseaux sanguins qu'on a cru y voir ne sont que les vaisseaux d'une portion du parenchyme pulmonaire qui s'est trouvée emprisonnée quand les tubercules, d'abord simples, se sont approchés et agglomérés, car jamais on ne trouve de trace vasculaire dans un tubercule simple.

Les tubercules, une fois développés s'accroissent, et ne présentant à leur origine que le volume d'une tête d'épingle, ils arrivent quelquefois à celui d'une orange. Comment se fait cet accroissement? Bayle, dont les idées sur ce sujet ont été adoptées par Laënnec, comparait le tubercule à un germe, le douait de la faculté de se développer par une force intérieure, à la manière, en un mot, des corps organisés et vivants, par intus-susception. Nous avons vu qu'il y a absence complète de toute organisation dans les tubercules, d'où la nécessité de rejeter cette théorie. Le tubercule ne peut s'accroître qu'à la manière des corps inorganiques, par juxta-position ou par agrégation. Ainsi, sous l'influence d'une cause quelconque, la formation première du tubercule a lieu; cette cause continuant d'agir, et le tubercule entretenant un certain degré d'irritation dans les tissus qui l'environnent, de nouvelles molécules de matière tuberculeuse s'accumulent et s'agglomèrent autour de lui et en accroissent le volume. La réunion et la fusion de plusieurs tubercules produisent les grosses masses tuberculeuses. De sorte que tout tubercule se trouve infiltré au milieu des tissus. Quand l'agglomération a eu lieu, on peut reconnaître au sein de la masse tuberculeuse des traces de ces tissus, dans lesquels sont encore apparents les vaisseaux dont parfois les tubercules sont sillonnés. D'autres fois ces tissus, emprisonnés et comprimés, cessent d'être apercevables; on ne trouve plus qu'une masse homogène de matière tuberculeuse. Dans quelques cas, cette masse tend à s'isoler de plus en plus des parties vivantes qui l'environnent, et un kyste s'organise.

A mesure que les tubercules se développent, ils dépriment les tissus qui les entourent; les cellules du tissu cellulaire s'effacent, le calibre des vaisseaux sanguins diminue, et ils finissent par s'oblitérer complétement : alors le poumon devient moins perméable au sang autour des masses tuberculeuses.

2e *Période.* — De ramollissement et d'élimination. Nous venons de décrire les tubercules à l'état de *crudité;* mais des changements importants s'opèrent en eux, et après un temps plus ou moins long, tantôt peu de temps après leur formation, tantôt après être restés longtemps stationnaires, ils commencent à se ramollir.

En général, le ramollissement marche du centre à la circonférence, quoiqu'il puisse commencer par un point quelconque de la masse tuberculeuse et par toute sa périphérie. La matière tuberculeuse, devenant de plus en plus molle et humide, paraît onctueuse, semblable à du fromage mou, et devient enfin tout à fait semblable à du pus, ou quelquefois à un liquide presque incolore, au milieu duquel sont suspendus des débris opaques, et encore consistants, de matière tuberculeuse.

Quelle est la cause qui produit immédiatement le ramollissement des tubercules? Bayle et Laënnec admettaient que les tubercules avaient en eux-mêmes la cause de leur ramollissement comme de leur développement. MM. Broussais et Bouillaud l'attribuent à l'inflammation. Suivant M. Rochoux, ce phénomène s'opère ordinairement sans concours d'action, ni changement de texture du tissu environnant, sous l'influence de conditions *probablement* analogues à celles qui déterminent la carie des dents. M. Lombard, de Genève, dont nous adoptons l'opinion, pense que les tubercules agissent comme des corps étrangers sur les tissus qui les environnent, qu'ils les irritent, et déterminent une sécrétion de pus qui délaye mécaniquement la matière tuberculeuse.

Le phénomène du ramollissement s'étant opéré, le pus cherche à se frayer une issue; alors arrivent d'autres phénomènes qui constituent une autre période.

3e *Période.* — D'ulcération. Celle-ci commence par un travail analogue à celui qui amincit et perfore la peau en contact avec le pus d'un abcès. Autour de la matière tuberculeuse liquéfiée le parenchyme pulmonaire est rongé et détruit; les tuyaux bronchiques participent bientôt à cette destruction, et livrent un passage facile, par leurs orifices béants, à la matière tuberculeuse qui est rejetée au dehors par l'expectoration.

Les cavernes pulmonaires résultent de la fonte de plusieurs tubercules agglomérés ou d'une grosse masse tuberculeuse, ainsi que de l'ulcération qui détruit le parenchyme du poumon, de la communication qui s'établit entre plusieurs de ces foyers, enfin de l'expectoration de la matière tuberculeuse ramollie. On

a dit que ces cavernes étaient formées tout simplement par le refoulement du tissu pulmonaire, mais cette opinion est complétement fausse, car l'air y pénètre et en sort, ce que l'auscultation constate irrévocablement par le gargouillement qu'elle fait entendre.

Le nombre de ces cavernes est variable. Quelquefois elles sont multiples, et alors elles offrent peu d'étendue. D'autres fois on n'en trouve qu'une, mais fort considérable et toujours entourée d'autres tubercules plus ou moins avancés qui, en se ramollissant et en venant se fondre dans cette cavité, contribuent encore à son agrandissement. C'est de cette manière que les poumons peuvent quelquefois être réduits à l'état de simple enveloppe.

Dans la plupart des cas, ces cavernes présentent à leur intérieur des inégalités et des anfractuosités qui indiquent que leur formation résulte de plusieurs autres excavations. On les trouve traversées en différents sens par des prolongements parenchymateux, espèces de brides s'étendant aux deux parois opposées des cavernes qui se rompent quelquefois et qui présentent alors une extrémité flottante au milieu de l'excavation. Souvent dans leur épaisseur sont logés de gros vaisseaux dont les parois considérablement épaissies ne livrent passage qu'à une petite quantité de sang. Ces vaisseaux peuvent même être complétement oblitérés, et dans quelques cas, rares à la vérité, ils peuvent, après avoir été érodés, former un épanchement sanguin dans la caverne et parfois une hémorragie assez considérable pour provoquer la mort instantanément.

Le siége de ces cavernes a lieu, dans la plupart des cas, au sommet du poumon ; rarement on les trouve au lobe inférieur, quelquefois au voisinage de la plèvre qui, dans certains cas, peut constituer seule la paroi externe de la caverne. On peut les trouver aussi au milieu du parenchyme pulmonaire.

La matière contenue dans les cavernes est un mélange de pus, de mucus, de matière tuberculeuse, de sérosité épaissie et de sang; on y trouve des fragments de parenchyme qui, dans certaines circonstances, peuvent être expectorés. C'est dans ces circonstances seulement que se vérifie cette banale et vieille croyance des commères *qu'on crache les poumons.*

Enfin, dans quelques cas, les cavernes peuvent être trouvées entièrement vides, ce qui est fort rare.

Les parois des cavernes tantôt laissent voir le tissu pulmonaire induré, rouge et infiltré de matière tuberculeuse, tantôt elles sont tapissées par une fausse membrane blanchâtre, mince, molle et friable, ou adhérente et formée de plusieurs couches. Sur ces parois se rencontrent les ouvertures de quelques tuyaux bronchiques, des vaisseaux considérables oblitérés ou non. Les ouvertures des tuyaux bronchiques peuvent faire communiquer les cavernes entre elles, quand il en existe plusieurs, avec de gros vaisseaux comme l'artère pulmonaire, avec les bronches, ce qui arrive très-fréquemment, avec la cavité pleurale. Dans cette dernière circonstance, il peut arriver ou bien qu'une grande caverne communique avec une portion de la cavité pleurale, circonscrite par des brides celluleuses, ou bien qu'une petite caverne tuberculeuse s'ouvre tout à coup dans la cavité pleurale, libre d'adhérences, et donne lieu à un pneumo thorax foudroyant. Enfin une caverne peut s'ouvrir et se frayer un chemin fistuleux pour venir s'ouvrir à l'extérieur sur les parois du thorax.

Les cavernes peuvent s'étendre, se rétrécir, rester stationnaires ou enfin, dans des cas malheureusement trop rares, se cicatriser et disparaître.

La cicatrisation des cavernes pulmonaires avait été considérée comme possible par plusieurs auteurs anciens. Van Swieten parle d'ulcères des poumons cicatrisés, mais ces idées étaient entièrement théoriques et conçues à *priori.* Laënnec, se fondant sur le résultat de l'observation fournie par plusieurs autopsies, a démontré que cette cicatrisation était possible et en a constaté l'existence. M. Louis n'en a jamais rencontré d'exemples dans les nombreuses autopsies qu'il a eu l'occasion de faire. Quant à nous, nous en avons rencontré plusieurs cas, et nous admettons avec Laënnec que la cicatrisation de cavernes pulmonaires peut avoir lieu.

Cette cicatrisation s'opère par plusieurs degrés. L'intérieur de la caverne étant complétement vide de pus, ses parois se recouvrent d'une membrane cellulo-vasculaire. Plus tard, la cavité a disparu et l'on ne trouve plus qu'une simple ligne cellulo-fibreuse où se terminent brusquement de grosses bronches, ou bien une masse plus ou moins grosse cellulo-fibreuse, calcaire ou cartilagineuse, où aboutissent encore des bronches. Les choses se passent ordinairement ainsi au sommet du poumon qui est affaissé, froncé, adhérent à la plèvre costale et qui en s'affaissant a laissé entre lui et la plèvre un espace vide qui se comble par un tissu cartilagineux de nouvelle formation.

Tels sont les changements que l'on a trouvés opérés sur des sujets qui, après avoir présenté tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, ont guéri, et ont succombé plus ou moins longtemps après à une autre maladie.

Constatons d'ailleurs que la cicatrisation ayant lieu, il peut arriver que le sujet soit radicalement guéri et pour toujours, ou bien qu'après avoir présenté toutes les apparences

de la guérison, il redevienne phthisique plus ou moins longtemps après; ou bien encore que la cicatrisation s'opérant sur un point du poumon, d'autres tubercules se forment sur d'autres points, et que d'autres cavernes leur succèdent.

Vous ne confondrez pas cette cicatrisation tuberculeuse avec le phénomène qui résulte de la dilatation des bronches, non plus qu'avec le froncement et l'affaissement qu'on trouve sur les poumons des vieillards, chez lesquels cet organe tend à s'atrophier.

D'après ce que nous venons de dire sur la cicatrisation possible des cavernes, doit-on tirer cette conséquence, que pour guérir de la phthisie pulmonaire il faut nécessairement que les tubercules se ramollissent, et que des cavernes se soient opérées? Nous avons vu des individus qui, après avoir présenté tous les symptômes rationnels de la phthisie, ont guéri, et sont morts beaucoup plus tard. A leur autopsie, nous avons trouvé des concrétions calcaires au sommet du poumon. N'est-il pas possible d'admettre que le phosphate calcaire devenant prédominant, la sécrétion tuberculeuse puisse s'éteindre? Est-il possible encore que les tubercules puissent être résorbés sans se transformer? C'est ce qu'il est impossible de prouver dans l'état actuel de la science, car les preuves à l'appui de cette opinion manquent entièrement.

2° *État du poumon autour des tubercules.* Dans la période dite de *crudité*, le parenchyme pulmonaire ne présente ordinairement aucune altération. Mais lorsque le ramollissement a eu lieu, lors surtout qu'il existe des cavernes, le tissu pulmonaire présente des altérations graves et nombreuses. L'emphysème partiel ou général est une des plus fréquentes. L'œdème partiel ou général se rencontre aussi assez souvent. Il peut être borné au lobule tuberculeux seulement. Ordinairement le poumon est manifestement enflammé autour des masses tuberculeuses, et il peut présenter les trois degrés de la pneumonie aiguë. La pneumonie chronique est très-commune autour des tubercules. On la rencontre, soit que les tubercules soient encore à l'état de crudité et dans le cas même où ils sont en très-petit nombre, soit à une époque plus ou moins avancée de leur ramollissement. Doit-on considérer, dans ce cas, la pneumonie comme cause des tubercules? C'est une question que nous aurons à décider plus tard.

§ II. *Altérations dans les autres parties de l'appareil respiratoire.*

1° *Trachée-artère.* La membrane muqueuse de la trachée-artère est assez souvent ulcérée; alors aussi elle présente ordinairement une couleur d'un rouge vif, à moins qu'il n'y ait qu'un petit nombre d'ulcérations; cas dans lequel elle peut conserver la blancheur qui lui est naturelle. C'est d'ailleurs dans la partie inférieure de la trachée-artère, c'est-à-dire dans les points où se trouvent les ulcérations les plus nombreuses et les plus larges, que la rougeur est plus marquée. Quelquefois à cette rougeur se joignent un léger épaississement et une diminution peu considérable de la consistance de la membrane muqueuse.

Quand les ulcérations sont petites, elles sont ordinairement réparties d'une manière uniforme dans tout le pourtour de la trachée-artère; elles sont arrondies ou ovalaires, et leur diamètre ne dépasse guère une ligne. A leur niveau la membrane muqueuse est détruite, leur fond est formé par du tissu cellulaire épaissi ou non, et leurs bords sont taillés à pic, de manière que ces ulcérations semblent faites comme par un emporte-pièce.

Quand les ulcérations sont plus considérables, elles ne se trouvent pas également dans toute l'étendue de la trachée. C'est à la portion charnue de ce conduit que l'on trouve les plus larges, et la membrane musculaire est quelquefois hypertrophiée.

Un ou plusieurs cerceaux cartilagineux peuvent être entièrement dénudés, amincis, en partie détruits, offrant même une solution de continuité dans leur longueur.

2° *Larynx.* Le larynx présente aussi des ulcérations, mais moins fréquemment que la trachée, et coïncidant presque toujours avec ces dernières. Leurs caractères sont absolument semblables à ceux de la trachée. Leur siége le plus ordinaire est à la réunion des cordes vocales, aux cordes vocales elles-mêmes, surtout à leur partie postérieure, la base des cartilages arythénoïdes, la partie supérieure du larynx, l'intérieur des ventricules. Dans quelques cas, une ou plusieurs cordes vocales peuvent être entièrement détruites, et la base des cartilages arythénoïdes être entièrement à découvert.

3° *Épiglotte.* Les ulcérations de l'épiglotte sont assez fréquentes, indépendamment même de celles du larynx et de la trachée. Ces ulcérations sont tantôt superficielles, tantôt profondes. Quand elles sont superficielles, la membrane muqueuse qui les environne n'est point épaissie; c'est le contraire quand elles sont profondes.

Leur siége est presque toujours à la face laryngée de l'épiglotte, et le plus ordinairement dans la moitié inferieure. Leur largeur est d'une ou deux lignes. Dans quelques cas, la membrane muqueuse de l'épiglotte disparaît entièrement, et le fibro-cartilage même peut être détruit dans une partie de sa circonférence.

4° *Plèvre.* L'adhérence des poumons aux plèvres se rencontre presque constamment.

Cette adhérence est partielle, très-étendue ou générale. Elle a lieu, soit au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins serré, soit au moyen d'une fausse membrane.

Au reste, ces adhérences sont toujours en proportion avec les altérations pulmonaires. Quand on n'en trouve pas, on ne trouve pas non plus de grandes excavations; quelquefois même on n'en trouve pas du tout. Si les adhérences sont faibles et peu étendues, les excavations sont ordinairement petites. Enfin sont-elles plus ou moins étendues, alors aussi les excavations sont constantes et ordinairement de vaste dimension.

La pleurésie a lieu, chez un grand nombre de sujets, dans les derniers jours de l'existence. Elle se traduit par la présence d'une fausse membrane plus ou moins considérable, jaunâtre, molle et plus ou moins épaisse; par un épanchement d'une certaine quantité de sérosité roussâtre, trouble ou claire, et même d'un véritable pus.

§ III. *Altérations de l'appareil circulatoire.*

1° *Le cœur.* L'augmentation du volume du cœur est un fait assez rare, quoiqu'on ait mis la phthisie au nombre des causes de l'anévrisme de cet organe. L'atrophie du cœur est bien plus fréquente que l'hypertrophie.

Quelquefois le cœur est flasque et mou; d'autres fois il est plus ferme que dans l'état ordinaire, ce qui arrive ordinairement quand il y a épaississement des parois de l'une ou de l'autre de ses cavités. Cet épaississement se rencontre d'ailleurs plus fréquemment pour le ventricule gauche que pour le droit.

L'amincissement des ventricules se rencontre plus rarement, et quand il a lieu c'est plus fréquemment à gauche qu'à droite.

2° *Le péricarde.* On peut trouver des adhérences du péricarde avec le cœur. On peut trouver aussi ces deux organes tapissés par une fausse membrane, et présentant toutes les traces d'une péricardite.

3° *L'aorte.* Dans la majorité des cas elle est saine. Quelquefois elle présente une rougeur plus ou moins intense dans une portion plus ou moins grande de son étendue. Cette rougeur se continue quelquefois dans les gros troncs qui naissent de l'aorte.

L'aorte peut présenter des plaques cartilagineuses, des ulcérations et des points osseux. Ces altérations se rencontrent surtout à la bifurcation de l'aorte.

Souvent aussi on la trouve rétrécie dans son calibre.

4° *La rate.* Sur 90 cas observés par M. Louis, le volume de la rate a été augmenté 16 fois, diminué 15 fois, à l'état normal 59 fois. Sa consistance augmentée ou diminuée à peu près également. Souvent cet organe présente des tubercules, surtout chez les enfants.

§ IV. *Altérations de l'appareil digestif.*

Les lésions de cet appareil sont à peu près constantes chez les phthisiques. M. Louis est arrivé à ce résultat remarquable, qu'elles existent chez les quatre cinquièmes des malades.

1° *Le pharynx.* Il est ordinairement à l'état normal. Dans des circonstances rares on trouve sur sa muqueuse des ulcérations petites, nombreuses, assez uniformément distribuées sur toute son étendue.

2° *L'œsophage.* Ses altérations sont aussi rares que celles du pharynx. Quelquefois on le trouve recouvert d'une sorte de fausse membrane ayant le même aspect que les plaques couenneuses qui se développent souvent dans la bouche.

Dans quelques cas on a trouvé l'amincissement et le ramollissement de la partie inférieure de l'œsophage.

3° *L'estomac.* Il peut être considérablement augmenté de volume, et se trouver au-dessous de sa position habituelle, à ce point que la grande courbure peut se trouver au niveau de la crête de l'os des îles.

La membrane muqueuse de l'estomac peut être amincie, ramollie, détruite même. Elle peut présenter une rougeur plus ou moins vive. Au lieu d'être amincie, elle peut, au contraire, être épaissie. Enfin elle peut présenter des ulcérations.

Le siége le plus ordinaire du ramollissement est la partie supérieure et le grand cul-de-sac de l'estomac. Cette ulcération envahit une plus ou moins grande étendue de l'organe ou bien se présente sous la forme de bandes.

Quelquefois la membrane muqueuse de l'estomac offre, dans une étendue plus ou moins considérable, des saillies variables par la forme et par la dimension, ordinairement arrondies, d'une à deux lignes de diamètre, et semblables aux bourgeons charnus des plaies. Ces saillies ont été observées dans des conditions fort différentes de l'estomac, soit qu'il fût très-distendu, soit qu'il fût très-rétréci (M. Louis).

Les ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac ont été trouvées, dans la douzième partie des cas, par M. Louis, tantôt uniques, tantôt très-multipliées. Autour de ces ulcérations, la membrane muqueuse conserve ordinairement son épaisseur normale.

Cette membrane muqueuse de l'estomac peut aussi être rouge dans une plus ou moins grande partie de son étendue, et cette rougeur peut souvent être rapportée à l'inflammation de cet organe.

5° *Duodénum.* Presque toujours à l'état normal. Sur soixante cas, M. Louis n'y a observé que trois fois des ulcérations.

5° *Intestin grêle.* Sa membrane muqueuse

peut être ramollie, épaissie, plus ou moins rouge. Elle peut présenter de petits abcès, des tubercules et des ulcérations.

Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin grêle a été trouvé 8 fois sur 95 cas, à un degré plus ou moins considérable; et dans tous les cas il existait dans toute l'étendue de l'intestin. Dans quelques cas, au ramollissement se joignent un épaississement assez considérable et une rougeur plus ou moins vive, résultats évidents de l'inflammation.

L'épaississement sans rougeur ni ramollissement est beaucoup plus rare.

Dans des cas assez fréquents, on trouve la membrane muqueuse rouge, sans altération de consistance ou d'épaisseur.

Les tubercules, à tous les degrés de leur développement, se rencontrent à peu près dans toute l'étendue de l'intestin grêle, mais plus nombreux près du cœcum que partout ailleurs. M. Louis les a rencontrés 36 fois, sur 95 sujets.

Les ulcérations de l'intestin grêle sont encore plus communes, car M. Louis les a observées 78 fois sur 95. Ces ulcérations sont d'autant plus nombreuses, plus étendues et plus profondes, qu'on se rapproche du cœcum.

On peut trouver aussi l'intestin grêle perforé.

6° *Gros intestin.* Les altérations du gros intestin sont à peu près les mêmes que celles de l'intestin grêle. La membrane muqueuse peut être rouge, épaissie, ramollie, présenter des tubercules et des ulcérations. Quant aux fistules à l'anus, nous ne les avons presque jamais rencontrées, et notre observation est d'accord avec celle de M. Louis.

En résumant les altérations dont le tube digestif peut être le siége dans la phthisie pulmonaire, on trouve que l'estomac est quelquefois distendu et situé au-dessous de la position qui lui est naturelle; que sa membrane muqueuse peut être rouge, mamelonnée, ramollie, épaissie, ulcérée, et que, d'après les observations de M. Louis, elle ne serait parfaitement saine que dans la cinquième partie des cas. Que les cinq sixièmes des individus présentent des ulcérations plus ou moins nombreuses et larges dans l'intestin grêle; qu'elles sont presque aussi fréquentes dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse est très-souvent ramollie au point d'être réduite en une espèce de mucus.

L'apparition de ces diverses lésions a souvent lieu en même temps dans le poumon et l'intestin. Elles peuvent être consécutives aux altérations du poumon, comme aussi elles peuvent les précéder.

§ V. *Altérations des glandes lymphatiques.*

Des glandes mésentériques. Sur 102 sujets, M. Louis les a trouvées tuberculeuses 23 fois. Avec cette altération, elles présentaient un volume plus considérable. Cette transformation tuberculeuse est générale ou partielle : ce dernier cas est plus fréquent. Cette altération se rencontre principalement sur les glandes les plus rapprochées du cœcum, et son existence coïncide avec une durée longue ou courte de la maladie. Disons aussi que la tuberculisation des glandes mésentériques coïncide beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte avec les tubercules pulmonaires.

Les glandes méso-cœcales, méso-colites et lombaires peuvent présenter les mêmes altérations.

2° *Glandes cervicales.* 8 fois sur 80, on les a trouvées tuberculeuses, plus volumineuses et d'une couleur plus ou moins foncée.

3° *Les glandes axillaires* sont presque toujours à l'état normal.

4° *Les glandes bronchiques,* comme nous l'avons déjà vu, peuvent être le siége de tubercules. Elles peuvent aussi présenter une couleur anormale.

§ VI. *Altérations des appareils sécréteurs.*

1° *Le tissu cellulaire* peut quelquefois présenter des tubercules.

2° *L'arachnoïde et la pie-mère* sont souvent le siége de fausses membranes. Quelquefois on trouve de la sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde, et la pie-mère peut être rouge, épaissie et injectée.

3° *Le péritoine.* Sur la cinquième partie des sujets observés, on trouve un épanchement de sérosité plus ou moins considérable dans le péritoine. On peut y trouver aussi de fausses membranes, du pus et des adhérences plus ou moins anciennes. L'ascite est très-rare, et ne se rencontre guère que dans les cas de complication de maladies du cœur. Quelquefois on trouve un léger œdème des malléoles.

4° *Foie.* L'altération la plus fréquente de ce viscère est sa transformation graisseuse. M. Louis l'a rencontrée 40 fois sur 120 cas. On le trouve alors pâle et piqué de rouge à l'extérieur comme à l'intérieur. Sa forme reste normale, mais son volume est presque toujours augmenté, quelquefois même du double de son volume ordinaire : c'est surtout le grand lobe qui subit cette augmentation. On voit alors que le foie recouvre presque toute la face antérieure de l'estomac, qu'il occupe l'épigastre, qu'il dépasse les fausses côtes et atteint la rate et la crête des os iliaques.

Sa consistance est ordinairement altérée; on le trouve mou et se rompant très-facile-

ment. Toujours la transformation graisseuse s'étendait à la totalité de l'organe.

Il importe de remarquer que la transformation graisseuse du foie est presque exclusive à la phthisie pulmonaire, et que cette altération est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Elle s'observe sur les sujets dont la maladie a été très-longue, comme sur ceux chez qui elle a eu une courte durée.

Outre cette altération, qui ordinairement existe seule, le foie peut être le siége de tubercules, de kystes hydatiques, etc.

En général, chez les sujets qui ont une transformation graisseuse du foie, la bile de la vésicule a une couleur noirâtre, une consistance poisseuse, et tient le milieu entre un corps liquide et un corps solide.

En général, la vésicule et les canaux biliaires sont dans l'état normal. Dans un cas, nous avons trouvé de la matière tuberculeuse dans les parois de la vésicule et dans les canaux biliaires.

5° *Les reins.* Très-rarement on a trouvé une petite quantité de matière tuberculeuse non ramollie dans les *capsules surrénales.*

Très-rarement aussi les reins présentent des altérations. Celles qu'on y a trouvées sont une rougeur anormale, une augmentation de consistance, la présence de kystes, et de la matière tuberculeuse.

6° *La vessie* est presque toujours saine.

7° *Le pancréas* n'a jamais présenté d'altérations.

§ VII. *Altérations des organes génitaux.*

Sur quarante sujets dont la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférents ont été examinés, trois offraient une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse dans la prostate, et sur l'un d'eux cette matière existait à la fois dans la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférents.

Les organes génitaux de la femme sont presque toujours à l'état normal, si ce n'est que l'utérus a ordinairement un volume moindre. Quelquefois on trouve dans l'épaisseur de cet organe et dans les ovaires, de la matière tuberculeuse.

§ VIII. *Altérations des centres nerveux.*

Les ventricules du cerveau peuvent présenter une quantité plus ou moins grande de sérosité. La substance cérébrale peut être le siége d'une injection. Sa consistance peut être diminuée, et le ramollissement porter sur des parties diverses de cet organe. On y trouve quelquefois des hydatides et des tubercules, rarement chez l'adulte, plus fréquemment chez l'enfant.

§ IX. *Altérations de l'appareil locomoteur.*

Les muscles sont ordinairement atrophiés. Les os des tuberculeux offrent, en général, une diminution dans le phosphate de chaux. M. Dupuy, professeur à Alfort, a trouvé que le lait des vaches phthisiques offrait une plus grande quantité de ce sel.

Causes de la phthisie pulmonaire. Les causes de phthisie pulmonaire sont externes ou internes.

1° *Causes externes: Climats.* La phthisie pulmonaire a été observée dans tous les pays, mais non pas dans tous avec une égale fréquence. Du 60e degré latitude nord au 50e, la phthisie pulmonaire est assez rare, car sur 1,000 décès on n'en trouve à peu près que 53 dus à la phthisie. Du 50e au 45e elle augmente de fréquence. Ainsi à Vienne, sur 1,000 décès, la phthisie en compte 114; à Munich 107; à Berlin 71; à Londres 236. A Paris, un cinquième des décès est dû à la phthisie pulmonaire. Du 45e au 35e degré, à Marseille cette maladie enlève un quart des malades; à Philadelphie un huitième: à Nice, dont le climat est si vanté et où vont séjourner tant de phthisiques, un septième; à Gênes un sixième; à Naples un huitième; à Milan et à Rome un vingtième. Elle exerce en général de très-grands ravages sur tout le littoral de la Méditerranée.

En s'approchant de l'équateur, entre le 20e degré et le 10e, elle est commune aux Antilles, où elle sévit principalement sur les nègres. Elle est fréquente à Madrid, à Gibraltar et à Lisbonne, et, chose remarquable, elle est à peine connue sur le littoral africain. A Malte, dans l'archipel de la Méditerranée, elle fait de grands ravages. Quand les flottes anglaises parcourent ces parages et y séjournent, les individus à poitrine délicate y succombent bientôt à la phthisie.

Elle exerce de grands ravages dans l'archipel indien, aux Iles Maurice, de France, et aux Indes orientales.

Quoi qu'il en soit de ces résultats, qui prouvent que la phthisie peut se développer sous toutes les latitudes, il est incontestable que les climats froids et secs, ou chauds et secs, jouissent aussi de cette funeste influence, témoin la fréquence des tubercules à Naples et à Marseille. Le minimum de fréquence se trouve dans les climats à température douce.

M. Benoiston de Châteauneuf a exposé un résultat curieux sur les décès des soldats, pris dans le nord, dans le midi et au centre de la France. Son relevé porte sur un espace de six ans. En voici le tableau :

Soldats nés dans le	nord.	3742 décès	296 phthisiques.
—	centre.	7165	256 —
—	midi.	4375	361 —

D'où il suivrait que le maximum de fré-

quence des tubercules pulmonaires serait pour la France méridionale.

Les tubercules se développent avec beaucoup de facilité sur les individus qui, d'un pays chaud et sec, passent dans un pays froid et humide. Ainsi l'île de Ceylan a, relativement à l'intérieur de l'Afrique, un climat froid et humide : aussi les Nègres qui y arrivent sont-ils moissonnés par la tuberculisation. Les Européens, au contraire, qui passent à un pays plus chaud, y sont sujets à la dyssenterie. Ces mêmes remarques ont été faites par M. Broussais, qui a constaté que les mêmes régiments français fournissaient, en Hollande, une bien plus forte proportion de phthisiques qu'en Espagne et en Italie, et par le docteur Clot-Bey, qui a remarqué que les tubercules pulmonaires, très-rares en Égypte, ne se développent guère que chez les Nègres du Sennaar, qui de la brûlante Nubie se trouvent sous la température plus douce du nord de l'Afrique. Presque tous les animaux qui nous viennent des contrées équatoriales, renfermés dans nos ménageries, y succombent à la tuberculisation pulmonaire.

Saisons. L'hiver et le printemps sont les saisons les plus favorables à la production de la phthisie, dans les pays tempérés. Dans le Midi, l'été et l'automne sont les saisons où on l'observe le plus fréquemment.

De ces considérations on doit conclure, 1° que la phthisie a été observée dans tous les pays possibles ; 2° qu'elle n'augmente pas rigoureusement avec l'abaissement de la température, et qu'elle ne décroît pas constamment avec son élévation ; 3° qu'elle est rare sous une température très-basse habituelle : 4° qu'elle est rare aussi sous une température très-élevée régulière et non variable ; 5° qu'elle est à son maximum de fréquence dans les pays sujets à de grandes et régulières variations de température.

On a observé en Angleterre qu'il y a des époques où elle a été plus fréquente qu'à d'autres époques. Ainsi, de 1790 à 1800, la phthisie a augmenté dans une proportion considérable, puis elle a diminué, pour augmenter de nouveau jusqu'à 1818 à 1823 où l'on observa une diminution notable.

Un air humide et froid favorise le développement des tubercules. Laënnec a dit que près de la mer il y avait peu de phthisiques. Nous croyons que c'est une erreur, et que l'habitation près des rivages de la mer favorise le développement de la phthisie ; car là surtout existent de continuelles variations de température, si favorables, comme nous l'avons vu, à la production des tubercules pulmonaires.

Un air sec et chaud n'agit pas comme produisant des tubercules, mais comme activant le ramollissement de ceux qui existent déjà.

L'absence d'insolation agit comme l'humidité. Ce ne doit pas être une raison d'exposer les phthisiques à une insolation prolongée, car elle leur est fatale.

La pureté de l'air ou son impureté ont certainement une grande influence sur la production des tubercules pulmonaires. L'impureté de l'air peut dépendre de ce qu'il n'est pas renouvelé, et cette circonstance est une cause énergique de tuberculisation. Ainsi la réunion de plusieurs individus dans une même chambre, le séjour prolongé dans des lieux bas, étroits et continuellement fermés ; l'entassement des ouvriers dans des ateliers mal aérés ; en un mot, l'habitation au sein d'un air dépouillé de son oxygène, influe puissamment sur le développement de la phthisie pulmonaire.

L'influence d'un air vicié par des molécules étrangères nous mène à la question de l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire. D'après M. Benoiston de Châteauneuf, les professions qui seraient les plus exposées à cette affection, sont celles d'amidonnier, de boulanger, de charbonnier, de fort des halles, de chiffonnier, de cotonneuse, de fileuse et de dévideuse ; que dans les professions exposées à respirer l'air chargé de molécules minérales, les carriers, les plâtriers et les maçons étaient ceux qui présentaient le plus grand nombre de phthisiques. Les doreurs sur métaux et les ouvriers en plomb en fournissent un bon nombre ; enfin dans les professions qui exposent à l'inspiration des molécules animales, les brossiers, les cardeurs, les chapeliers et les plumassiers sont ceux qui succombent le plus fréquemment aux tubercules pulmonaires.

M. Lombard de Genève n'est pas arrivé aux mêmes résultats. Sur un nombre considérable de phthisiques, morts sur plusieurs points de l'Europe, il a trouvé que les professions qui en avaient fourni le plus, étaient, chez les hommes : les sculpteurs, les imprimeurs, les chapeliers, les polisseurs, les gendarmes, les brossiers, les soldats, les joailliers, les tailleurs, les meuniers, les matelassiers, les passementiers, les limonadiers, les domestiques, les perruquiers, les écrivains-copistes, les cuisiniers, les tourneurs, les cordonniers et les tonneliers ; chez les femmes : les lingères, les cordonnières, les gantières, les brodeuses et les polisseuses.

Nous avons interrogé les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de coton, où des molécules cotonneuses constamment suspendues dans l'atmosphère, sont incessamment respirées par les ouvriers. Nous nous sommes convaincu que la phthisie n'y est pas plus fréquente qu'ailleurs. Elle s'y développe sans doute plus facilement chez ceux qui y sont prédisposés.

M. Benoiston de Châteauneuf a voulu voir

si les musiciens des régiments, qui jouent des instruments à vent, y étaient plus exposés que les autres. Il a vu que sur sept morts il y avait un phthisique, tandis que sur le reste des soldats de même âge, il en avait trouvé un sur quatorze, et dans les villes un sur trois et demi. On peut encore admettre ici que les musiciens qui succombent à la phthisie ont une prédisposition qui ne fait que se développer par l'action des instruments à vent.

Il existe dans le Berri un village où tous les habitants n'exercent qu'une seule profession, celle de tailler la pierre à fusil, d'où le nom de *caillouteux* qui leur a été donné. Ces pauvres gens meurent presque tous jeunes, et presque tous de phthisie pulmonaire ou de rhumatisme. On n'a pas manqué d'attribuer la phthisie aux molécules de poussière siliceuse que ces ouvriers étaient censés respirer. Nous avons été sur les lieux; nous avons vu travailler ces ouvriers, et nous affirmons que cette poussière du caillou n'arrive pas jusqu'à la bouche, et n'est par conséquent pas respirée. La phthisie de ces malheureux ouvriers doit être attribuée à l'influence constante du froid aux extrémités, obligés qu'ils sont d'avoir constamment les pieds en contact avec ces pierres extrêmement froides.

L'alimentation doit certainement jouer un grand rôle dans la production de la phthisie pulmonaire : une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité augmente les chances de tuberculisation pour ceux qui y sont prédisposés. Mais nous ne pensons pas que les aliments végétaux aient une si grande influence que quelques auteurs leur ont attribuée. Ainsi, si les singes, les vaches, les porcs, les lapins, etc., que nous tenons renfermés dans nos ménageries ou dans les étables, deviennent tuberculeux, cela tient certainement moins à la nourriture qu'au défaut du grand air et au défaut d'exercice. Les lions et les tigres, dont la nourriture est exclusivement animale, deviennent aussi quelquefois tuberculeux. A Londres, la nourriture est certainement plus animale qu'en tout autre pays de l'Europe, et cependant la phthisie y est de beaucoup plus fréquente.

2° *Causes internes. — Tempéraments.* Le développement des tubercules pulmonaires est singulièrement favorisé par le tempérament lymphatique et scrofuleux. Les individus qui ont eu des scrofules dans leur enfance sont prédisposés à devenir phthisiques dans l'âge adulte, et surtout pendant la durée même de la maladie scrofuleuse. Il ne faudrait pas conclure cependant que tous les enfants qui présentent le tempérament lymphatique ou qui sont scrofuleux deviendront phthisiques, car la phthisie attaque aussi les individus à tempérament sanguin, bilieux ou nerveux. En général la phthisie est fréquente sur des individus à cheveux châtains ou blonds, à peau blanche et fine, quoiqu'on l'observe aussi sur des individus à cheveux très-noirs. Ainsi, sur 298 enfants de deux à quinze ans, morts phthisiques, il y en avait 72 bruns, 139 châtains, 115 blonds. La sclérotique était en général très-mince et bleuâtre, et laissant apercevoir la teinte de la choroïde. La plupart de ces enfants avaient de longs cils.

On voit donc qu'aucun tempérament ne met à l'abri de la phthisie pulmonaire, mais que le lymphatique y prédispose.

Ages. Hippocrates : *Tabes maximè fiunt ab anno octavo decimo, usque ad quintum et trigesimum* (Sect. viij, aphor. 7). *Inter œtates illœ demum ostentant periculum phthisis, quœ sunt ab anno decimo octavo, ad trigesimum quintum* (Coac., lib. II). Le plus grand nombre des médecins ont partagé l'opinion d'Hippocrate, et ont admis que la phthisie se déclarait surtout de 18 à 33 ans. Quelques-uns même ne la croient possible qu'à ces âges. Des recherches plus modernes doivent faire modifier cette opinion. Il est prouvé aujourd'hui que les tubercules peuvent se développer à tous les âges : on en a même trouvé chez le fœtus, mais rarement. Dans la première année de la vie, les tubercules sont rares aussi. Dans la deuxième année ils le sont un peu moins ; mais après la deuxième année, ils augmentent de fréquence d'année en année jusqu'à 9 et 11 ans, où ils sont moins communs. Sur 338 tuberculeux, de l'âge de 2 à 15 ans, on a trouvé que le maximum de fréquence avait été de 3 ans et demi à 7 ans. On a trouvé un autre maximum entre 12 et 13 ans, et le minimum s'est rencontré de 2 à 3 ans. Sur un relevé de 223 phthisiques adultes, observés par Bayle et par M. Louis, on trouve les proportions suivantes :

De 15 à 20 ans.	21
De 20 à 30	62
De 30 à 40	56
De 40 à 50	44
De 50 à 60	27
De 60 à 70	13

Sur un relevé de 9549 phthisiques présenté par M. Lombard de Genève, on trouve cette progression descendante :

De 20 à 30 ans.
De 30 à 40
De 10 à 20
De 40 à 50
De 50 à 60
De la naissance à 10 ans.
De 60 à 70
De 70 à 80
De 80 à 90.

De ces diverses recherches on doit conclure que la phthisie pulmonaire peut se déclarer à tous les âges, mais qu'elle est de beaucoup plus commune à l'âge adulte.

Sexes. Elle est commune aux deux. Il paraît néanmoins que le sexe féminin y est beaucoup plus exposé que l'autre. Sur un relevé de 9549 cas de phthisie pulmonaire, on trouve 5589 femmes et 3960 hommes. Bayle, M. Louis et M. Papavoine sont arrivés, dans leurs relevés, aux mêmes résultats. On doit donc conclure que le sexe féminin prédispose à la phthisie pulmonaire. Remarquons aussi que chez les hommes qu'elle atteint, ce sont ceux qui, par leur constitution et leurs habitudes, se rapprochent davantage du tempérament de la femme. Les jeunes gens parmi lesquels elle fait le plus de victimes sont ceux qui présentent une stature haute, élancée, dont l'accroissement a été très-rapide, et qui, à l'étroite capacité de la poitrine, joignent une complexion faible, un teint délicat, la peau fine, les pommettes rouges et saillantes.

Hérédité. L'hérédité de la phthisie pulmonaire, admise par le plus grand nombre des observateurs, est un fait incontestable pour nous; nous en avons observé trop d'exemples pour que nous puissions la révoquer en doute. Nous avons vu des familles entières moissonnées par la phthisie pulmonaire. Cette hérédité nous ne prétendons pas l'expliquer, nous ne prétendons pas l'attribuer plutôt au père qu'à la mère, nous savons trop combien de théories on peut établir à ce sujet. Tout ce que nous voulons dire, c'est qu'un enfant né d'un père ou d'une mère phthisique apporte en naissant, non des tubercules dans sa poitrine, mais une prédisposition à en avoir, prédisposition que le médecin est quelquefois assez heureux pour combattre, soit par le changement de régime, soit par le changement de lieu, etc. La connaissance de ces faits est de la plus grande importance pour le médecin prudent; car, consulté pour la première fois par un individu chez lequel il soupçonne une prédisposition à la phthisie, il ne manquera jamais de s'informer si son père ou sa mère, ou quelque autre membre de sa famille, n'a point succombé à la même maladie. Sur une réponse affirmative il se hâtera de faire tous ses efforts pour combattre aussitôt cette prédisposition fatale, car plus tard il ne serait plus temps et rien ne pourrait arrêter la marche funeste de la maladie.

On observe d'ailleurs des effets singuliers de l'hérédité. Ainsi quelquefois la phthisie saute une génération. Le grand-père sera mort phthisique, ses enfants auront été exempts de la maladie et donneront le jour à des enfants qui périront tuberculeux. Il faut aussi remarquer que les différents membres d'une famille périssent à un âge de moins en moins avancé.

Conformation de la poitrine. L'étroitesse de la poitrine a certainement une grande influence sur la phthisie pulmonaire, car, en général, les phthisiques présentent cette conformation vicieuse. Ils ont, comme on le dit vulgairement, le thorax en carène et une poitrine de pigeon.

Influence des vêtements. M. Louis ne l'admet pas. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « L'influence des vêtements, et en particulier celle des corsets, sur la phthisie, n'est peut-être qu'une assertion sans preuves. Plusieurs des femmes soumises à notre observation avaient la respiration gênée longtemps avant d'être phthisiques; mais le nombre d'hommes qui se trouvaient dans le même cas n'était pas moins considérable; en sorte que quand on admettrait une liaison entre cet état et le développement de la phthisie, on ne serait pas autorisé, dans le cas où les femmes auraient porté des corsets dès leur plus tendre jeunesse, à la leur attribuer. D'ailleurs, la plupart de celles que nous avons observées avaient été élevées à la campagne, s'étaient livrées aux travaux champêtres, et n'avaient porté des corsets qu'après leur arrivée à Paris, quand déjà elles avaient pris tout leur développement, c'est-à-dire à une époque où l'influence des corsets sur les diminutions de la poitrine ne peut pas être considérable. En supposant néanmoins que cette influence soit réelle, on sent combien il serait difficile d'en donner la preuve, puisqu'il faudrait pour cela comparer entre elles un grand nombre de femmes de même condition dont les unes auraient mis des corsets de très-bonne heure, les autres à la fin de l'accroissement, et voir si la proportion des phthisiques est plus considérable dans un des cas que dans l'autre. L'influence des corsets sur la phthisie, et en général celle des choses qui nuisent au développement du corps, est d'autant plus douteuse que l'affection tuberculeuse se trouve à peu près également fréquente chez les sujets d'une constitution forte et chez ceux qui ont une constitution faible. » (Louis, *Recherches sur la phthisie*, page 331.)

Influence de l'inflammation de l'appareil respiratoire. Si l'inflammation joue dans la production des tubercules pulmonaires un rôle important et plus étendu que celui qui lui a été accordé par l'école de Bayle, cette inflammation cependant ne suffit pas pour en expliquer la formation; il existe d'autres causes dont il faut tenir plus de compte que ceux qui, avec M. Broussais, se sont surtout occupés de faire ressortir la grande part que peut avoir l'inflammation dans le développement des tubercules.

Nous ne pouvons partager sur ce point l'opinion de Bayle, de Laënnec et de M. Louis, et nous croyons qu'on peut établir en principe que, dans la très-grande majorité des cas où des tubercules ont envahi le parenchyme pulmonaire, leur développement y a été pré-

cédé par des signes d'une congestion sanguine qui peut disparaître ou persister. Si, en effet, on examine les différentes circonstances au milieu desquelles ils apparaissent, on trouve : 1° qu'à la suite d'un certain nombre de pneumonies, on voit apparaître des symptômes de phthisie chez des individus qui avant cette époque jouissaient d'une bonne santé. Or, comme rien ne prouve que, dans ce cas, des tubercules existassent déjà dans le poumon avant l'inflammation aiguë de celui-ci, et que d'un autre côté nous voyons dans une foule de circonstances des tubercules naître dans des tissus enflammés, et y être comme sécrétés à la place du pus, ainsi que cela arrive dans les fausses membranes des séreuses, ainsi que je l'ai vu au milieu de portions de tissu cellulaire enflammé, pourquoi ne pas admettre que la pneumonie a produit les tubercules? Plus d'une fois nous avons trouvé dans un poumon complétement hépatisé des grains tuberculeux à l'état naissant, disséminés dans le parenchyme. Ces tubercules si petits et si peu nombreux ne pouvaient pas être considérés comme la cause d'une pneumonie aussi intense. Dans le poumon non enflammé, d'ailleurs, il n'y avait aucune trace de tubercules.

Jusqu'à ces derniers temps, il avait été aussi généralement admis que la phthisie pulmonaire est la suite fréquente des crachements de sang : *phthisis ab hemoptoë* (Mornot). L'école de Bayle a renversé cette idée et a établi que toute hémoptysie qui survient chez un individu qui présentera plus tard des signes de tubercules, est produite par ceux-ci, mais n'en détermine jamais la formation. Nul doute que beaucoup de crachements de sang ne soient que purement symptomatiques de tubercules déjà existant dans le poumon. Cependant, s'il existe des cas dans lesquels des congestions sanguines existant en divers points des poumons, de manière à constituer l'apoplexie pulmonaire, on a trouvé des tubercules développés au centre de quelques-uns de ces foyers apoplectiques, tandis que les autres foyers n'en contenaient pas, et qu'il n'y en avait aucun dans leurs intervalles, ne faudra-t-il pas en conclure que les tubercules ont ici suivi et non précédé l'apoplexie pulmonaire? car, dans ce dernier cas, celle-ci ne devrait exister que là où l'on trouve des tubercules. La simple observation des symptômes est souvent ici tout à fait d'accord avec les renseignements fournis par l'anatomie pathologique. N'est-ce pas faire, en effet, une supposition tout à fait gratuite, que d'admettre l'existence antécédente de tubercules chez certains individus, qui, pleins de force et de santé, et n'ayant jamais toussé avant leur premier crachement de sang, offrent ensuite tous les symptômes de la phthisie? Ne répugne-t-il pas à admettre que des tubercules, que l'on suppose pouvoir exister sans déterminer même une toux légère, acquièrent tout à coup le pouvoir d'irriter assez le poumon pour produire d'abondantes hémoptysies? Reconnaissons donc que celles-ci sont le point de départ, la cause d'un certain nombre de phthisies pulmonaires.

La phthisie, disaient encore les anciens, est souvent la suite d'un catarrhe pulmonaire négligé. Bayle a combattu cette opinion comme les précédentes, se fondant principalement sur ce que, d'une part, il a trouvé des tubercules dans des poumons d'individus qui ne toussaient pas à l'époque de leur mort, et qui même n'avaient jamais eu de rhume, et sur ce que, d'autre part, un très-grand nombre de bronchites ne sont pas suivies de la tuberculisation des poumons. Le premier fait, en le supposant exact, ce dont il est peut-être permis de douter, en raison de l'insuffisance presque constante des renseignements donnés par les malades des hôpitaux ; ce fait, dis-je, ne prouverait rien autre chose que la possibilité du développement des tubercules, sans existence de toux ; quant au second fait, il n'est pas plus probant en faveur de l'opinion de Bayle, que celui des pneumonies que ne suit pas de développement des tubercules. La même réfutation est ici applicable. M. Louis a étayé l'opinion de Bayle par de nouveaux arguments tirés de l'anatomie. Ainsi, il a trouvé les bronches sans rougeur, exemptes de toute altération appréciable, dans des poumons pleins de tubercules. Ce fait intéressant prouve-t-il que ceux-ci se sont formés sans bronchite antécédente? En aucune façon, car cette bronchite peut avoir disparu, comme disparaît l'entérite qui a été le point de départ de l'engorgement tuberculeux des ganglions du mésentère.

M. Louis fait encore remarquer que les bronches les plus rouges, les plus enflammées ne sont pas celles qui sont dans le voisinage des tubercules crus, mais des cavernes ; il en conclut que le contact du pus sorti des excavations avec la muqueuse bronchique, est la principale cause de l'inflammation de celle-ci, et il voit dans ces faits une nouvelle preuve que la bronchite suit le développement des tubercules, bien plus souvent qu'elle ne les précède. Sans nier l'action irritante de la matière contenue dans les cavernes, nous croyons que l'inflammation très-intense des bronches qui les entourent dépend beaucoup moins de cette cause, qu'elle n'est la conséquence nécessaire du travail actif de la phlegmasie qui a lieu aux environs d'une excavation tuberculeuse, travail dont un des résultats constants est l'ulcération perforative de plusieurs tuyaux bronchiques. Dira-t-on que cette ulcération est aussi le produit de l'action irri-

tante de la matière tuberculeuse ramollie? La plupart des phthisies pulmonaires débutent par un rhume, qui n'a d'abord rien d'alarmant, et qui ne revêt un caractère grave qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Or, avant ce rhume, quel était l'état du poumon? Rien ne prouve qu'il était malade chez des individus qui jusque-là avaient joui, sous tous les rapports, de la santé la plus florissante; rien ne le prouve, si ce n'est les cas rares dans lesquels, chez de pareils individus morts d'une maladie étrangère à l'appareil respiratoire, des tubercules en petit nombre ont été trouvés dans le poumon. Mais comment, en bonne logique, peut-on établir une règle générale sur de simples faits exceptionnels? Quoi! chez quelques individus dont l'histoire antécédente a été presque toujours ignorée, on trouve des tubercules sans symptôme actuel de maladie de poitrine, et, généralisant ces cas particuliers, on en conclut que toute bronchite est symptomatique de ces tubercules latents, lorsque l'étude des symptômes conduit à une conclusion opposée, lorsque partout ailleurs la symptomatologie et l'anatomie pathologique nous montrent l'inflammation aiguë ou chronique des membranes muqueuses, être le point de départ, l'origine d'un grand nombre d'affections ayant leur siége dans les tissus voisins de ces membranes? En concluant au contraire du général au particulier, en nous guidant par l'analogie, il faudrait, ce nous semble, regarder ces tubercules actuellement latents, comme s'étant développés à l'occasion d'une ancienne bronchite. Celle-ci a disparu, le travail de tuberculisation a été arrêté, et l'individu a recouvré la santé. D'un autre côté, il y a des individus dont le premier rhume grave a été précédé par un état valétudinaire habituel, qui étaient maigres, sujets à tousser, qui avaient la respiration courte, etc. Nul doute que ces individus ne doivent être distingués des précédents; leur poumon contient depuis longtemps des tubercules.

Il est enfin un état du poumon, qui précède souvent le développement des tubercules, et qu'on n'a pas suffisamment fait ressortir jusqu'à présent, bien qu'il me paraisse avoir une part très-importante dans leur production. Cet état consiste dans l'inflammation isolée, soit d'une fraction du lobule, soit d'un lobule entier. Dans ces parties enflammées à divers degrés, nous avons vu souvent disséminés des tubercules, et ce n'était point ceux-ci qui avaient produit l'inflammation du tissu qui les entourait, puisqu'en d'autres points nous trouvions d'autres lobules également enflammés, sans traces de tubercules. Or, des pneumonies ainsi limitées, si elles sont en même temps peu multipliées, ne peuvent guère donner lieu qu'aux symptômes d'une simple bronchite aiguë ou chronique, comme la pneumonie elle-même. Cette bronchite peut être très-légère, et même nulle dans quelques cas; d'où il suit qu'il est impossible d'affirmer que, dans les cas mêmes où les tubercules n'ont été précédés ni d'hémoptysie, ni des symptômes de pneumonie, ou d'une bronchite un peu grave, il n'y a pas eu cependant un état antécédent de phlegmasie ou de congestion, consistant dans les pneumonies partielles, vésiculaires ou lobulaires, dont nous venons de parler.

En résumé, l'observation des symptômes, les ouvertures des cadavres, les raisonnements fondés sur l'analogie, qui ont bien aussi leur force, me semblent concourir à démontrer que, dans la très-grande majorité des cas, le développement des tubercules pulmonaires est précédé par des congestions sanguines à divers degrés; de telle sorte que les cas où ces congestions ne peuvent être appréciées, sont véritablement exceptionnels. C'est d'ailleurs ce qui aurait pu être, en quelque sorte, admis *à priori;* si en effet le tubercule est un produit de sécrétion, il s'ensuit, qu'à l'instar de toute sécrétion, soit morbide, soit physiologique, une congestion sanguine active doit en précéder l'existence.

Que si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les différentes causes que l'on regarde le plus généralement comme favorisant le développement de la phthisie, nous les verrons agir d'abord en déterminant des congestions sanguines pulmonaires. Tel est le défaut de proportion entre le développement du poumon et celui des parois thoraciques. Chez les individus placés dans ce cas, on observe assez souvent des hémoptysies qui, chez les uns, sont le prélude du développement de la phthisie, tandis que chez d'autres, doués d'une constitution différente, elles se renouvellent un grand nombre de fois, sans être suivies d'un accident fâcheux. Les variétés d'air et de température, sous l'influence desquelles la phthisie semble le plus souvent apparaître, sont précisément celles qui, en diminuant l'activité des fonctions de la peau, et portant souvent en même temps une impression irritante sur la membrane muqueuse des voies respiratoires, déterminent dans celles-ci des congestions variables en intensité et en durée. Qui niera que ces mêmes congestions pulmonaires ne soient encore le résultat d'excès en tout genre, et surtout des plaisirs vénériens, des fatigues intellectuelles, des fortes émotions morales? Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à observer combien, dans ces différents cas, la respiration devient souvent gênée, et les hémoptysies qu'il n'est pas rare de voir alors survenir. Sans doute, en pareil cas, il n'y a d'abord que simple névrose; mais c'est aussi une névrose, dans le principe, que la dispepsie qui se manifeste à la suite de beaucoup d'é-

motions morales, et cependant, ce qui n'était d'abord qu'une simple lésion des fonctions devient plus tard un cancer de l'estomac. L'absence de l'établissement des règles à l'époque de la puberté, la cessation de ces mêmes règles vers l'âge critique, le travail qui ne se fait plus sur l'utérus après l'accouchement, la disparition brusque d'exanthèmes cutanés chroniques ou d'anciens ulcères, sont autant de causes qui peuvent favoriser les congestions pulmonaires : aussi, dans de pareilles circonstances, voit-on souvent la phthisie survenir. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que, dans plusieurs de ces cas, le travail pathologique qui s'établit sur le poumon est la cause et non l'effet du travail physiologique ou morbide, qui cesse d'avoir lieu dans un autre point. Les maladies à la suite desquelles on voit souvent survenir la phthisie sont précisément celles qui sont accompagnées, pendant leur cours, de congestions sanguines vers le poumon. Tels sont en particulier les exanthèmes cutanés aigus, et surtout la rougeole, diverses fièvres continues où l'inflammation gastro-intestinale est presque toujours accompagnée d'une phlegmasie bronchique. On a encore placé au nombre des causes de la phthisie pulmonaire l'introduction, dans l'économie, d'une grande quantité de mercure. Or, ouvrez les cadavres d'animaux empoisonnés par le sublimé corrosif, et vous trouverez qu'une des principales lésions produite par cet agent, est l'inflammation disséminée d'un certain nombre de lobules pulmonaires.

Il suit des considérations précédentes, qu'à l'instar de toute sécrétion normale, la sécrétion du tubercule est précédée, dans le poumon comme ailleurs, d'un travail de congestion sanguine active, variable par son siége et par les désordres fonctionnels auxquels elle donne lieu. Mais cette congestion ne suffit pas pour produire les tubercules. Seule, elle ne peut pas plus rendre compte de leur formation que de celle des nombreuses altérations qui peuvent frapper un organe enflammé. Pour que, sous l'influence d'une congestion sanguine, des tubercules se développent dans le poumon, il faut qu'il y ait une prédisposition spéciale. Souvent même on peut dire que ce n'est pas parce que la congestion survient, que des tubercules se forment, mais que c'est parce qu'il y a tendance à la production de ceux-ci, que, sous l'influence d'une cause qui nous échappe, la congestion s'établit : de là, les fréquents retours de celle-ci; de là, la fréquente inutilité des émissions sanguines, qui sont bien aptes à la diminuer momentanément, mais qui ne combattent pas la cause sous l'influence de laquelle elle revient sans cesse, jusqu'à ce que des tubercules soient produits. (*Dict. en* 21 vol., art. *Phthisie.*)

En cherchant à apprécier le rôle que joue la congestion sur la production des tubercules pulmonaires, il faut se garder de tomber dans un excès contraire à celui que nous avons voulu combattre, c'est-à-dire de toujours attribuer la phthisie à une inflammation. Ce serait dire que tout état morbide est lié à un état sthénique ou asthénique, et la science est trop avancée aujourd'hui pour n'admettre que ces deux causes des maladies.

M. Cruveilhier a fait une expérience curieuse. Il a, sur des chiens, injecté du mercure dans les bronches; et l'injection, poussée jusque dans les vésicules pulmonaires, a agi comme un corps étranger, en déterminant une inflammation expuitrice qui a donné du pus. En examinant les poumons où les injections avaient été faites, on a trouvé une foule de points blancs, au centre desquels était le globule de mercure. On a dit que cette matière blanche était de la matière tuberculeuse. Nous avons répété cette expérience, et nous ne pouvons admettre que ce soit en effet de la matière tuberculeuse : nous pensons que c'est tout simplement un mucus puriforme. En injectant du mercure dans les veines, on trouve aussi de petits points blanchâtres autour du globule mercuriel. Nous pensons donc qu'il n'est pas légitime de conclure qu'on puisse produire des tubercules en injectant du mercure dans les bronches.

Il est incontestable qu'on peut voir se développer les inflammations les plus diverses par leur durée, par leur intensité et par leur siége, sans que le tubercule en soit la suite. Il est incontestable que les tubercules peuvent se développer en beaucoup de points de l'économie, sans qu'on puisse prouver, soit par l'anatomie pathologique, soit par l'étude des symptômes, qu'ils aient été précédés par l'inflammation, ou qu'elle coïncide actuellement avec eux. Enfin, il est incontestable aussi qu'il y a des cas fréquents où le tubercule se développe à la suite d'une inflammation qui se traduit soit par l'étude des symptômes, soit par l'anatomie pathologique.

Au nombre des causes prédisposantes de la phthisie, on a encore placé la syphilis, le scorbut, le rachitisme, la goutte, les dartres : de là les phthisies syphilitique, scorbutique, etc., admises par plusieurs auteurs. Mais entre ces maladies et la phthisie, il paraît n'y avoir d'autre rapport qu'une simple corrélation d'existence; les mêmes causes occasionnelles qui produisent plusieurs d'entre elles, telles que le scorbut, peuvent aussi favoriser le développement des tubercules pulmonaires. Si parmi les individus qui deviennent phthisiques, beaucoup ont eu autrefois des maladies vénériennes, il faut, avant d'en accuser le virus syphilitique, mettre en ligne de compte la grande fréquence de ces maladies, les excès auxquels se sont souvent livrés les individus

qui en ont été atteints, et enfin le traitement qu'ils ont subi. On a cependant cité quelques cas qui paraissent bien authentiques, d'individus atteints d'ancienne syphilis, chez lesquels tous les symptômes rationnels de la phthisie pulmonaire ont cédé à un traitement mercuriel. Bien des faits semblables sont nécessaires pour éclaircir ce point de médecine pratique.

Symptômes de la phthisie pulmonaire.

Les anciens nosographes avaient l'habitude de tracer le tableau général de la phthisie et de décrire cette maladie, en établissant trois degrés de la phthisie, dont ils faisaient autant de périodes, qu'ils caractérisaient par un groupe bien déterminé de symptômes. Cette méthode est vicieuse et n'est pas l'expression de ce qui a réellement lieu. Il n'est pas rare, en effet, de voir se réunir à certains symptômes du dernier degré de la phthisie d'autres symptômes qui n'appartiennent qu'au premier. D'ailleurs plusieurs symptômes peuvent manquer, et il est rare qu'on les rencontre tous dans le cours d'une phthisie. Il nous paraît plus rationnel et par conséquent plus scientifique de passer en revue chacun des symptômes, de voir leur degré de fréquence relative, et d'apprécier par une analyse rigoureuse la valeur diagnostique de chacun d'eux en particulier.

Voici néanmoins ce qu'on peut dire de plus applicable à la généralité des cas.

Sous l'influence des causes que nous avons cherché à apprécier, quelquefois sans cause apparente, une toux se déclare, plus ou moins vive, plus ou moins opiniâtre, ordinairement sèche le soir, accompagnée le matin de crachats variables, fréquemment striés de sang, puriformes et dont la quantité varie aussi. Le malade éprouve des hémoptysies plus ou moins fortes et plus ou moins répétées; il est oppressé, principalement le soir; il ressent des douleurs passagères et rares dans divers points dè la poitrine, et en particulier entre les deux épaules, quelquefois fixes dans cette dernière région. La poitrine percutée et auscultée donne un son mat et l'absence du bruit respiratoire là où existent des masses tuberculeuses; une sonorité plus grande, au contraire, le tintement métallique, la respiration caverneuse, le gargouillement et la pectoriloquie, dans les points de la poitrine qui correspondent aux excavations tuberculeuses. Plus tard apparaissent des sueurs viqueuses, grasses, se déclarant surtout le matin, mais revenant souvent aussi chaque fois et aussitôt que le malade s'endort: sueurs parfois générales, mais le plus communément bornées à la poitrine, au cou, à la tête et aux bras. Enfin, apparaît une diarrhée colliquative, l'aphonie, l'amaigrissement progressif, le marasme, l'excavation des yeux, la saillie des pommettes, et la mort [1].

Examinons maintenant chacun de ces symptômes en particulier.

1° *Toux.* C'est le symptôme le plus fréquent de la phthisie pulmonaire. Il manque cependant quelquefois, mais rarement. La toux peut se suspendre pendant un certain temps, malgré que les tubercules persistent. Elle est évidemment produite par l'irritation exercée par la présence des tubercules sur le tissu pulmonaire et les bronches et par le contact des matières sécrétées sur la membrane muqueuse aérienne. Elle diminue ou s'exaspère avec l'irritation bronchique. Dans les premiers temps de la maladie, elle n'existe souvent que par intervalles; après s'être montrée plus ou moins intense au début, la toux cesse quelquefois complétement d'exister, et certains phthisiques succombent sans être ce qu'on appelle enrhumés. Ces cas coïncident avec la présence de tubercules crus ou ramollis disséminés dans le poumon, et avec la blancheur de la membrane muqueuse dans toute son étendue.

Plusieurs auteurs considèrent comme signe caractéristique de la phthisie à son début une toux petite et sèche : ce cas est en effet fréquent, et cette toux peut même rester telle jusqu'à une époque très-avancée de la maladie, et même jusqu'à la mort des malades, ce qui peut être l'effet, soit du défaut de ramollissement des tubercules, soit du peu d'activité de la sécrétion de la muqueuse bronchique. Mais dans un assez grand nombre de cas la toux, dès le début, est humide et se manifeste par quintes; chez quelques enfants elle se montre sous la forme de coqueluche.

[1] La description des ravages opérés par la phthisie pulmonaire sur l'économie ne manquent pas dans la science; les anciens observateurs excellaient à présenter des tableaux symptomatiques des maladies. A notre avis, la plus belle et la plus énergique peinture de la phthisie pulmonaire, est celle que nous a laissée Arétée. Le lecteur nous pardonnera de lui présenter cette citation du médecin de Cappadoce : *Simul vero, et his adest pectoris gravitas, pulmo enim infirmus est : angor, intolerantia, cibi fastidium, vespertina extremorum frigiditas, et matutina caliditas...... Vox raucescit. Digiti tenues, sed articuli crassi sunt...... Carnes extabescunt, ungues adunci fiunt...... Item nares iisdem acuminatæ graciles; malæ extantes et rubidæ, oculi cavi, lucidi, micantes; pallida seu livida facies est...... In omnibus denique cadaveris speciem referunt; tenues enim et carnibus privati sunt; brachiorum musculi non apparent; mammarum necque vestigia extant...... Abdomen et ilia spina dorsi coherescunt, artus conspicui prominente et macri sunt; perindè se habent et tibia et coxendix, et brachium, at spina vertebris superextat, à priori parte cava, utrisque musculis per tabem dissipatis scoptula operta sese conspectui offerunt, atque avium alas imitantur.... Si quis enim vel plebeius hominem viderit pallentem, imbecillum, tussientem, macte confectum, hunc vera phtoe laborare pronunciat.* A. L.

Ordinairement la toux devient moins pénible à mesure que des cavernes se forment, et les malades ne manquent pas de considérer cette circonstance comme fort heureuse, tandis que pour le médecin elle n'est que l'indice d'une désorganisation croissante et l'annonce d'une terminaison bientôt fatale.

Dans les cas analysés par M. Louis, la toux a été très-variable. Quelques malades ne toussaient que dans les derniers jours de leur existence, bien qu'ils eussent depuis un certain temps des excavations tuberculeuses dans les poumons. D'autres, c'était le petit nombre, toussaient fort peu; ou bien, après avoir existé un certain temps, la toux cessait complétement, pour ne se montrer ensuite que dans les derniers jours de la vie, bien que l'affection tuberculeuse semblât avoir existé dès son début. La plupart se plaignaient d'une toux incommode, la nuit surtout, et ne trouvaient un peu de sommeil qu'au moyen de quelque dose d'opium, qui ne les calmait pas toujours. Cette toux revenait quelquefois par quintes, excitait beaucoup de dyspnée, souvent même des vomissements, et une sensation pénible à l'épigastre. En général, sa forme et sa fréquence étaient proportionnées à la marche plus ou moins rapide de la maladie. (Louis, *ouv. cit.*)

De ce qui précède on peut conclure, que les caractères de la toux, dans la phthisie, n'ont rien d'assez spécial pour en éclairer beaucoup le diagnostic.

2° *L'expectoration.* L'étude de l'expectoration chez les phthisiques a de tout temps été considérée comme fort importante; des expériences et des recherches multipliées ont été faites pour découvrir dans les crachats, soit des traces de pus, soit des débris de matière tuberculeuse. Cependant si ces recherches, dans plusieurs cas, ne sont pas sans utilité pour éclairer le diagnostic, si quelquefois elles peuvent conduire à des probabilités plus ou moins fortes sur l'existence de la phthisie, rarement elles font acquérir une entière certitude.

Au début de la maladie, alors que les tubercules sont encore à l'état de crudité, la matière de l'expectoration est uniquement formée par la membrane muqueuse des bronches, et peut présenter toutes les variétés des crachats de la bronchite aiguë ou chronique.

Quand le ramollissement des tubercules commence à s'opérer, on trouve, mêlée au mucus des bronches, une matière qui semble appartenir à ces tubercules ramollis, et qui se présente tantôt sous forme de petits grumeaux blancs et friables, tantôt sous forme de stries qui sillonnent la mucosité. Ces caractères ne suffisent pas pour faire diagnostiquer la présence de tubercules ramollis, car ces grumeaux peuvent n'être qu'un produit de la sécrétion des amygdales, et ces stries peuvent uniquement provenir de petites ramifications bronchiques. Ainsi donc, les signes fournis par les crachats sont nuls ou très-douteux tant qu'il n'y a pas encore de cavernes formées dans le poumon.

Quand des cavernes existent, la matière tuberculeuse et le pus qui est sécrété dans la caverne se retrouvent dans les crachats mêlés au mucus bronchique, mais leurs caractères sont rendus très-variables par la manière dont les bronches communiquent avec l'excavation tuberculeuse; par le nombre, la longueur, la largeur et le mode de division des tuyaux bronchiques que le liquide doit traverser avant de parvenir dans la trachée-artère; par la quantité et la qualité du mucus bronchique auquel il se mêle; enfin par son séjour plus ou moins long dans les bronches.

Les crachats restent tantôt suspendus, comme des espèces de flocons, au fond d'une sérosité trouble; tantôt ils surnagent à cette même sérosité, comme des plaques arrondies et isolées les unes des autres. Quelquefois la sérosité n'existe pas, et les crachats sont alors formés par des masses opaques, verdâtres, grisâtres, cendrées, ou d'un rouge sale. Ces caractères suffisent-ils pour diagnostiquer la phthisie pulmonaire? On peut certainement assurer que ces différents crachats sont constitués, en partie, par le liquide même des cavernes, que ces plaques et ces flocons se rencontrent spécialement chez des individus qui ont des cavernes dans les poumons. Mais ces caractères des crachats ne se rencontrent-ils que chez ces individus? Non, des crachats pareils ont été observés quelquefois dans des cas de simple bronchite chronique, ils ne peuvent donc pas être considérés comme des signes certains de phthisie. Toutes les variétés que présentent dans leur aspect les crachats des phthisiques, nous les avons retrouvées dans la bronchite chronique. Nous reconnaissons cependant que, parmi ces variétés, il y en a quelques-unes qui existent bien plus fréquemment dans le cas d'excavations tuberculeuses, que dans toute autre circonstance. Tels sont surtout les crachats en plaques arrondies et isolées, surnageant à un liquide qui ressemble à une solution épaisse d'eau de gomme. Cependant même dans ces cas, où existent des cavernes dans le poumon, il arrive quelquefois que l'expectoration peu abondante n'est constituée que par des mucosités semblables à celles qui existent dans la bronchite la plus légère.

Si la toux, malgré la présence de tubercules dans les poumons, peut, dans quelques circonstances rares, manquer pendant toute la durée de la phthisie, à plus forte raison doit-il en être ainsi pour l'expectoration. Il est cependant d'observation que chez certains malades l'expectoration peut se faire sans toux. Ainsi on en a vu qui rendaient sans ef-

fort et sans toux, le matin particulièrement et pendant les premières heures qui suivaient leur réveil, des petits crachats presque toujours souillés de sang qu'ils disaient sentir manifestement remonter des bronches et qu'ils amenaient ensuite facilement dans la bouche. M. Roche, qui a été témoin de faits semblables, s'est bien assuré par des recherches exactes que les gencives, la bouche, l'arrière-gorge et le larynx étaient sains et que ces crachats provenaient de la poitrine.

Il arrive quelquefois qu'un gros tubercule ramolli est évacué en une seule fois, à travers un tuyau bronchique. Il en résulte l'expectoration subite d'une grande quantité de pus, au milieu duquel nagent de nombreux grumeaux; c'est là ce que Laënnec a décrit sous le nom de *vomique*.

Le plus ordinairement les crachats des phthisiques sont sans odeur; quelquefois ils sont très-fétides, soit pendant tout le cours de la maladie, soit seulement dans les derniers temps. Cette fétidité peut dépendre d'un état de gangrène qui s'est emparée des parois d'une ou de plusieurs cavernes; mais elle peut exister à un très-haut degré sans complication gangréneuse, et nous l'avons même observée dans des cas de simple bronchite.

Pour terminer ce qui a trait à l'expectoration des phthisiques, nous allons exposer quelques recherches tentées dans l'espoir de parvenir à quelques résultats satisfaisants.

Pour savoir si la matière de l'expectoration contient ou non du pus, on a dit qu'en mettant la matière expectorée en contact avec de l'eau ordinaire ou avec de l'eau salée, le mucus surnage et le pus se précipite. Cette expérience, souvent répétée par nous, a donné les résultats suivants: le pus sécrété par la plèvre et par le péritoine s'est précipité au fond de l'eau sous forme de gros flocons, la matière recueillie dans les cavités tuberculeuses s'est aussi précipitée, mais en se divisant en une foule de petits grumeaux d'un blanc mat, qui troublaient la transparence de l'eau et lui faisaient acquérir une teinte laiteuse très-prononcée, qui se dissipait en laissant le liquide plusieurs jours de suite dans un repos parfait.

Le mucus pris sur la membrane pituitaire d'un individu sain, après être resté suspendu au milieu de l'eau, s'est précipité sans se diviser et sans troubler le liquide.

Du mucus pris sur la membrane bronchique a tantôt surnagé à l'eau, tantôt est resté suspendu au milieu du liquide, un temps plus ou moins long, après lequel il s'est précipité au fond de l'eau sous forme de gros flocons; tantôt, enfin, il a gagné sur-le-champ le fond du liquide. Ce mucus d'ailleurs n'a troublé la transparence de l'eau que par une agitation forte et prolongée.

Chez quelques phthisiques les crachats se sont comportés de même. Chez d'autres les crachats se séparaient ordinairement en deux portions, dont l'une se précipitait sur-le-champ en troublant la transparence de l'eau et en formant un dépôt blanc ou grisâtre, et dont l'autre, après avoir surnagé d'abord, se précipitait aussi au bout de dix ou douze heures, après quoi la transparence de l'eau n'était plus troublée.

En mêlant à diverses proportions du simple mucus et la matière fournie par une excavation tuberculeuse, le mélange se précipita et l'eau acquit une teinte laiteuse.

Ces faits conduisent à conclure que chez un grand nombre de phthisiques les crachats ne sont formés que par des mucosités que fournit la membrane muqueuse des voies aériennes; que chez d'autres les crachats sont constitués par un mélange de mucus et de matière fournie par des tubercules ramollis ou par des cavernes. Le mélange plus ou moins intime de ces deux éléments et leur proportion influent sur la manière différente dont ils se comportent quand ils sont mêlés à l'eau.

Les réactifs chimiques ne conduisent à aucun résultat satisfaisant, et aujourd'hui comme du temps d'Arétée, on peut dire: *quicumque aut igne aut aquâ sputa explorant ac notant, hi haud itâ multum phthoen mihi diagnoscere videntur; namque visio quolibet alio sensu certior est.*

3° *Hémoptysie.* L'hémoptysie se rencontre si souvent dans la phthisie pulmonaire que dès que l'une paraît on est porté à soupçonner l'autre. Cependant on voit des individus qui ont plusieurs fois craché du sang dans leur vie sans avoir présenté des tubercules pulmonaires, et d'un autre côté plusieurs phthisiques succombent sans avoir jamais eu d'hémoptysie.

Il faut reconnaître néanmoins qu'elle est un symptôme très-fréquent des tubercules pulmonaires. Chez le plus grand nombre de malades l'hémoptysie survient au début de la maladie; c'est par là qu'elle s'annonce. L'hémoptysie peut se répéter plusieurs fois sans que la santé générale en souffre, et ce n'est que lorsqu'elle cesse que les malades continuent à tousser et que les divers symptômes de la phthisie font invasion.

Dans d'autres circonstances l'hémoptysie ne se manifeste que lorsque déjà la présence des tubercules pulmonaires n'est plus douteuse.

Enfin, quelquefois elle ne survient que dans la dernière période de la maladie, et très-peu de temps avant la mort.

L'hémoptysie est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Le sang hémoptoïque est, dans les cas les plus ordinaires, exhalé à la surface de la mem-

brane muqueuse des bronches ; quelquefois il provient de l'érosion du tissu pulmonaire, à la surface des cavernes ; tantôt enfin, mais très-rarement, il est fourni par un vaisseau rompu ou ulcéré au sein des excavations.

M. Louis a observé l'hémoptysie 57 fois sur 87 cas, c'est-à-dire chez les deux tiers des sujets ; 12 fois seulement elle avait devancé la toux et les crachats, d'un espace plus ou moins considérable ; 4 fois seulement elle a eu lieu dans les derniers jours de la vie.

Quant à la valeur diagnostique de ce simptôme, M. Louis s'exprime ainsi : « L'hémoptysie qui précède la toux et les crachats, surtout celle qui est forte, doit-elle être considérée comme un avant-coureur des tubercules, ou comme un symptôme qui décèle leur présence ? Depuis près de trois ans, nous avons demandé à tous les sujets soumis à notre observation et atteints d'une maladie autre que la phthisie, s'ils avaient eu quelque crachement de sang, et nous en avons toujours reçu des réponses négatives, excepté de quelques-uns de ceux qui avaient éprouvé de fortes secousses de poitrine par suite d'une violence extérieure, ou des femmes dont les règles avaient été subitement supprimées. Les malades sujets au catharre pulmonaire depuis nombre d'années, et dont la respiration était habituellement libre, n'avaient jamais eu d'hémoptysie. D'un autre côté, nous avons observé quelques individus qui, ayant un certain nombre de tubercules dans les poumons, n'éprouvaient aucun symptôme qui annonçât leur présence, ou n'en éprouvaient que de généraux ; en sorte que rien ne doit paraître moins étonnant que de voir des tubercules pulmonaires donner lieu, à une certaine époque de leur existence, à un seul symptôme, et en particulier au crachement de sang ; et par toutes ces raisons, nous pensons que l'hémoptysie, à part les cas dont il a été question, indique d'une manière infiniment probable, quelle que soit l'époque de son apparition, la présence de quelques tubercules dans les poumons. Nous ne disons pas d'une manière certaine, plusieurs faits bien constatés paraissent faire une heureuse exception à cette règle.

» D'ailleurs l'analogie dépose en faveur de cette proposition ; car, quand une hémorragie a son siége dans un organe plus ou moins profondément situé, elle est presque toujours le signal d'une altération plus ou moins grave de sa structure. Ajoutons que quand l'hémoptysie devançait les autres symptômes de l'affection tuberculeuse, elle était quelquefois suivie de dyspnée, débutait tout à coup, ordinairement au milieu d'une santé parfaite, sans phénomènes précurseurs, sans cause appréciable, et qu'il est naturel de penser que cette cause, pour rester cachée, était néanmoins la même que celle qui devait rappeler plus ou moins fréquemment le même symptôme dans la suite. »

4° *Dyspnée*. Chez beaucoup de phthisiques, la respiration n'est que médiocrement gênée, même chez ceux dont les tubercules crus, ramollis, ou transformés en cavernes, sont entourés d'un parenchyme dur, imperméable à l'air.

Quand la phthisie se développe d'une manière aiguë, les choses se passent différemment : alors la dyspnée est considérable ; elle peut devenir le symptôme prédominant, et simuler plutôt une maladie du cœur, que faire croire au développement des tubercules pulmonaires. Au reste, la dyspnée est en rapport avec la rapidité du développement de la phthisie, avec le nombre plus ou moins grand des tubercules, avec les inflammations aiguës du poumon et des plèvres, avec le travail de la digestion, avec le retour périodique des règles, enfin avec les émotions morales.

Certains phthisiques ont eu la respiration courte, longtemps avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie ; dès leur enfance ils passaient pour asthmatiques : comment prouver si, en pareil cas, la dyspnée habituelle dépendait déjà de l'existence d'un certain nombre de tubercules, ou si elle n'était pas seulement produite par de simples congestions sanguines, qui, s'opérant fréquemment sur les poumons, y préparaient la formation des tubercules ?

Dans les observations de M. Louis, la dyspnée était généralement peu considérable, et dans la plupart des cas, les malades n'en éprouvaient de l'incommodité que quand ils se livraient à quelque mouvement. Dans un certain nombre de cas, elle ne s'est manifestée qu'un ou plusieurs mois après le début de la toux. Dans la plupart elle commençait avec elle ; quelquefois même elle la précédait, et remontait fréquemment alors à la même époque qu'une hémoptysie, plus ou moins forte, qui, comme elle, avait devancé les autres symptômes. L'oppression était rapportée à la partie moyenne de la poitrine, quelle que fût d'ailleurs la différence qui existât entre les lésions de l'un et l'autre des poumons.

5° *Douleur*. La douleur de poitrine est un symptôme inconstant et infidèle. Très-communément vous rencontrerez des phthisiques parcourant toutes les périodes de la maladie, sans accuser aucune douleur. Quand elle existe on doit la rapporter à la plèvre sympathiquement irritée. Il est remarquable qu'Arétée ait déjà fait cette observation. Dans ces derniers temps M. Louis en a confirmé la justesse, en prouvant par ses recherches anatomiques que presque tous les malades qui accusent de la douleur, soit dans le dos, soit sous les clavicules, soit sur les parties latérales de la poitrine, présentent, après la mort, des adhé-

rences des plèvres dans ces différents points ; et même si ces adhérences occupent la partie supérieure des plèvres, la douleur peut manquer ; car ces douleurs étant dues aux tiraillements que font éprouver aux parties adhérentes les mouvements du thorax, elles doivent nécessairement manquer, ou tout au moins être peu marquées là où la mobilité des parois thoraciques est presque nulle. La douleur cependant peut exister sans adhérence de plèvres, comme M. Louis en a cité un cas fort remarquable.

Ce signe a donc rarement une grande valeur diagnostique. Tout au plus doit-on y ajouter quelque importance quand la douleur se fait sentir entre les deux épaules; car là on ne saurait l'attribuer à une pleurésie chronique.

Signes physiques de la phthisie pulmonaire.

1° *Percussion.* Quand un parenchyme sain et encore perméable à l'air, entoure les tubercules crus ou ramollis, ou une caverne qui leur aura succédé, la sonorité des parois thoraciques peut être restée à l'état normal. S'il existe une vaste caverne à parois minces et contenant peu de liquide, si une partie du poumon est emphysémateuse, si un pneumothorax a succédé à l'ouverture d'une excavation dans la plèvre, alors la sonorité des parois thoraciques peut être augmentée. En général, chez les phthisiques dont la maigreur est extrême, la résonnance de la poitrine est très-forte.

Avec l'augmentation de sonorité des parois thoraciques, la percussion fait entendre quelquefois une sorte de frémissement, comparable à celui que donne un pot fêlé frappé légèrement, ou bien un bruit particulier semblable à un tintement métallique. Ce phénomène est dû à l'existence d'une excavation superficielle que recouvrent les parois thoraciques minces, et, dans quelques circonstances, à une ossification complète des cartilages costaux.

Au lieu d'être augmentée, la sonorité de la poitrine peut être diminuée et présenter un son mat en divers points. C'est ce qui arrive quand des tubercules sont agglomérés en grande quantité, ou quand le parenchyme pulmonaire est hépatisé autour d'eux, ou enfin quand un épanchement de liquide existe dans la plèvre.

Le son mat qui existe dans un point, au-dessous de l'une des clavicules, par exemple, et qui est dû à une agglomération tuberculeuse, peut disparaître et faire place à une sonorité plus grande, si à cette masse tuberculeuse succède une caverne.

Quelquefois, autour d'un point circonscrit où existe une sonorité plus grande qu'à l'état normal, on trouve un son très-mat : c'est qu'alors existe dans ce point une caverne en partie vide, qu'environne une portion du poumon indurée.

2° *Auscultation.* L'oreille appliquée sur la poitrine n'est pas toujours un guide suffisant ou infaillible pour avertir de la présence des tubercules pulmonaires. En effet, ils peuvent exister en grand nombre dans le parenchyme du poumon ; ils peuvent même être déjà ramollis, et cependant l'auscultation ne donner aucun signe de leur présence. Quelquefois les signes qu'elle fournit sont loin d'être tellement tranchés, qu'il soit possible dans tous les cas d'annoncer, d'après eux seuls, l'existence de tubercules pulmonaires. Malgré ces circonstances, il faut bien se garder de conclure que l'auscultation n'a que peu éclairé le diagnostic de la phthisie. Dans un très-grand nombre de cas, elle le rend plus précis et plus rigoureux, et plus d'une fois elle a fait découvrir des cavernes chez des malades qui ne semblaient atteints que d'une bronchite chronique peu intense, ou de tubercules crus et peu nombreux. Mais, tout en accordant à ce moyen d'investigation toute la confiance qu'il mérite, il est prudent, si l'on ne veut s'exposer à commettre des erreurs graves, d'avoir égard en même temps à tous les autres signes qui révèlent la phthisie pulmonaire.

La présence de tubercules dans la poitrine, existant en nombre plus ou moins considérable et à des degrés divers, peut être annoncée soit par diverses modifications du bruit respiratoire, soit par l'existence de différents râles, soit enfin, par le retentissement que présente la voix dans un ou plusieurs points de la poitrine.

Dans plusieurs cas, le bruit normal d'expansion pulmonaire ne diminue ni n'augmente sensiblement; sa netteté n'est point altérée. Cela arrive surtout au début de certaines phthisies, sur l'existence desquelles tous les autres symptômes ne peuvent laisser aucun doute. Alors les tubercules sont peu nombreux, non encore ramollis, et entourés par un parenchyme sain.

Plus rarement le bruit d'expansion pulmonaire peut se faire entendre comme dans l'état normal, alors que des tubercules existent en grand nombre, et que plusieurs sont même ramollis. Cependant, dans ce cas, le bruit d'expansion est lié à un râle bronchique humide.

Il n'est pas rare que d'un côté de la poitrine, l'auscultation fasse reconnaître d'une manière non douteuse l'existence des tubercules, tandis que dans l'autre poumon la respiration vésiculaire reste à l'état normal, non pas parce qu'il sera exempt de tubercules, mais parce que ceux-ci seront dans les con-

ditions que nous avons indiquées plus haut.

Le bruit respiratoire peut être diminué d'intensité ; dans ce cas cette diminution ne peut être bien appréciée et ne peut fournir quelques indications que lorsqu'elle est partielle, car il n'est pas rare de rencontrer certaines personnes, très-bien portantes d'ailleurs, chez lesquelles l'oreille appliquée sur les parois thoraciques n'entend qu'un souffle respiratoire très-léger, à peine perceptible. Mais si la faiblesse du bruit d'expansion pulmonaire n'est pas égale des deux côtés dans les points qui se correspondent, comme, par exemple, sous l'une et l'autre clavicule, il sera légitime d'en conclure que là où le bruit d'expansion est faible ou nul, existe une masse tuberculeuse, si d'ailleurs il existe aussi d'autres symptômes; car l'affaiblissement du bruit respiratoire peut avoir lieu lorsqu'il n'y a que simple pneumonie chronique, épanchement pleurétique partiel, pneumo-thorax ou emphysème pulmonaire. D'ailleurs cet affaiblissement paraît plutôt occasionné par l'induration pulmonaire qui existe autour des tubercules, que par ces tubercules eux-mêmes.

En même temps qu'il y a diminution dans l'intensité du bruit d'expansion pulmonaire, il peut y avoir un bruit plus fort que de coutume, pendant le temps de l'expiration.

Il arrive souvent, qu'au lieu d'être diminué, le bruit d'expansion pulmonaire présente une intensité plus grande que dans l'état normal ; comme si une sorte de respiration supplémentaire s'établissait alors dans les vésicules restées saines.

Le bruit respiratoire peut non-seulement, être accru ou diminué, il peut encore véritablement changer de nature. Si une grande portion du parenchyme pulmonaire est indurée, l'air inspiré s'arrête dans les grosses bronches, et le bruit respiratoire, plus intense, devient *bronchique ;* s'il entre librement et par de larges tuyaux dans une caverne, il devient *caverneux*. Quelquefois, alors, à chaque inspiration, l'observateur croirait qu'un individu lui souffle dans l'oreille, ou bien il lui semble qu'on souffle de l'air avec force dans une bouteille vide ; c'est ce que Laënnec a appelé la *respiration amphorique*.

De ces deux phénomènes, le second est beaucoup plus caractéristique que le premier, qui s'observe dans beaucoup de cas de pneumonies aiguës ; il n'annonce qu'une simple imperméabilité du tissu pulmonaire. La respiration caverneuse, en effet, ne peut être entendue que lorsque existe une caverne pulmonaire, de sorte que l'existence de ce phénomène devient un signe pathognomonique de phthisie parvenue à une époque très-avancée.

Le bruit respiratoire est le plus ordinairement obscurci, chez les phthisiques, par différents râles qui souvent le masquent entièrement. Ces râles existent ou dans les bronches ou dans les cavernes, leurs nombreuses variétés dépendant principalement de la quantité et des qualités de la matière contenue dans ces bronches ou dans ces cavernes, du diamètre des cavités, de leur mode de communication avec les bronches, et de l'état de leurs parois.

Tant qu'il n'existe pas d'excavations considérables, on n'entend d'autres râles que ceux qui ont lieu dans les diverses bronchites aiguës ou chroniques. Mais lorsqu'en un point du poumon est creusée une caverne qui contient habituellement des matières liquides, et dans laquelle l'air pénètre librement, il se manifeste une espèce de râle humide, qui, en raison de la sensation qu'il produit, est aussi bien désigné sous le nom de *gargouillement;* on peut encore le comparer au bruit que l'on produit en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon. N'oubliez pas, cependant, que, d'une part, un semblable râle peut se produire dans de simples bronches, en raison des qualités du liquide qu'elles contiennent, et que, d'autre part, là où existent de grandes cavernes, il peut arriver qu'on n'entende d'autres râles que ceux qui ont lieu le plus ordinairement dans des bronches grandes ou petites; cela dépend encore des dispositions physiques de la cavité, et de la nature du liquide qui y est contenu. L'exacte circonscription du gargouillement en un point où le plus souvent après la mort on trouve des cavernes, comme au-dessous des clavicules, est un motif de penser qu'il en dépend.

La résonnance particulière de la voix désignée et si bien décrite par Laënnec sous le nom de *pectoriloquie,* ne peut laisser aucun doute, lorsqu'elle est bien prononcée, sur l'existence d'une caverne, là où elle se fait entendre. Il faut pour cela que la voix, d'une manière continue ou intermittente, semble passer tout entière à travers le cylindre, ce qui est bien différent de la bronchophonie qui n'est qu'une simple augmentation dans la résonnance de la voix.

Il faut néanmoins reconnaître qu'il y a des cas où la pectoriloquie et la bronchophonie se confondent par de telles nuances, qu'il devient bien difficile de les distinguer. D'ailleurs la pectoriloquie bien évidente, parfaite, est un phénomène assez rare ; il arrive bien plus souvent qu'on ne trouve à sa place que du gargouillement.

Les conditions physiques qui semblent favoriser le plus la production de la pectoriloquie, sont la vacuité de la caverne, les dimensions de sa cavité, ni trop grandes, ni trop petites, l'absence d'anfractuosités dans son intérieur, un certain diamètre dans l'ou-

verture des bronches qui s'y rendent, l'induration du parenchyme pulmonaire qui l'environne, son voisinage des parois thoraciques.

Il arrive quelquefois que la pectoriloquie, bien évidente un jour, ne l'est plus quelque temps après. Cette circonstance dépend des divers degrés de plénitude d'une caverne, et de l'oblitération momentanée des bronches.

De tout ce que nous venons de dire sur l'auscultation relativement à son degré d'utilité dans le diagnostic de la phthisie pulmonaire, on peut tirer les conclusions suivantes :

Dans certains cas l'auscultation est impuissante à éclairer le diagnostic des tubercules pulmonaires. Ces cas sont ceux dans lesquels les tubercules sont encore à l'état de crudité, ou que, ramollis, ils ne constituent pas de grandes cavités. Dans ces cas, la mort même peut survenir avant que l'auscultation ait pu révéler l'existence des tubercules.

Les râles divers et les modifications du bruit respiratoire et de la voix sont souvent des signes douteux, et sont par eux-mêmes insuffisants pour donner la certitude de l'existence des tubercules pulmonaires; mais ils peuvent acquérir une certaine valeur lorsqu'ils sont réunis à d'autres signes.

Les seuls signes pathognomoniques sont la pectoriloquie, quand elle est bien évidente, et le souffle particulier qui se fait entendre pendant l'inspiration là où existe la pectoriloquie.

Enfin, l'auscultation ne peut donner des renseignements positifs sur l'existence des tubercules seulement, que lorsque le parenchyme pulmonaire est déjà creusé de cavernes; même encore dans ces cas, elle ne les fournit pas nécessairement. Les tubercules peuvent déterminer les symptômes de la phthisie au dernier degré, sans qu'il y ait eu production de cavernes; d'où il suit que des phthisiques peuvent succomber, sans que l'auscultation ait jamais rien appris de positif sur l'état de leurs poumons.

Signes fournis par quelques désordres fonctionnels.

Circulation. Le plus ordinairement les tubercules ont déjà une certaine durée d'existence sans qu'ils donnent lieu à aucun mouvement fébrile. A mesure que leur nombre augmente ou qu'ils se ramollissement, surviennent des mouvements de fièvre erratiques. Plus tard, la fièvre, absente pendant la journée, revient chaque soir, jusqu'à ce qu'enfin la maladie arrivée à une époque avancée, la fièvre devienne continuelle, présentant seulement des exacerbations le soir. Chez quelques malades ces exacerbations ont lieu deux fois par jour, à midi et le soir.

Il est rare que le redoublement commence par le frisson ; c'est ordinairement l'accélération du pouls et une plus grande chaleur de la peau qui marquent son invasion, en même temps que l'oppression et une toux plus pénible et plus fréquente. Ces phénomènes, après avoir duré toute la nuit, se terminent vers le matin par une sueur plus ou moins abondante et qui a lieu surtout à la tête, au cou et à la poitrine.

La sueur qui accompagne et qui caractérise la fièvre hectique des phthisiques est très-fréquente, cependant elle peut manquer, ou bien; une fois établie, elle peut se suspendre pendant des intervalles plus ou moins longs, pour reparaître ensuite. Elle peut aussi se montrer dans d'autres maladies, et quand elle se joint au dépérissement et au marasme, elle peut en imposer sur l'existence de tubercules pulmonaires. Vous trouverez un fait de ce genre dans la *Clinique médicale,* où un abcès développé dans la rate mentit tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

Dans quelques circonstances la fièvre, accompagnée de toux, est le premier symptôme qui apparaisse ; c'est ce qu'on observe dans quelques cas où des individus, qui jusqu'alors avaient joui d'une bonne santé, éprouvent tout à coup une bronchite intense avec fièvre violente. Celle-ci ne cesse plus, l'amaigrissement survient, et enfin tous les symptômes de la phthisie se déclarent.

Dans d'autres circonstances, au contraire, la fièvre ne paraît pas dans tout le cours de la maladie, même lorsque existent des cavernes pulmonaires. L'auscultation seule peut dans ces cas éclairer le diagnostic.

Le sang qu'on tire de la veine chez les phthisiques parvenus à un degré déjà avancé de la maladie présente un état couenneux aussi prononcé que dans la pneumonie aiguë, ou dans le rhumatisme articulaire. Il offre un petit caillot, entouré d'une abondante sérosité, et que recouvre une couenne blanche, épaisse et à bords relevés. « Quel est donc le lien commun qui, par les qualités du sang, rattache l'une à l'autre des affections si dissemblables?

Symptômes des complications des tubercules pulmonaires.

Appareil respiratoire. Les ulcérations de l'épiglotte déterminent une douleur fixe à la partie supérieure au-dessus du cartilage thyroïde immédiatement, la gêne de la déglutition et la sortie des boissons par le nez.

Les ulcérations du larynx fournissent des symptômes variables d'après le siége, l'étendue et la profondeur des ulcérations. Ces symptômes sont l'altération plus ou moins considérable de la voix, quelquefois l'aphonie complète, des picotements ou de la douleur au larynx. On peut regarder, comme symptômes d'une ulcération superficielle du larynx, une douleur peu considérable et de quel-

que durée dans cette partie, jointe à une altération plus ou moins marquée de la voix; tandis qu'une douleur vive, continue et souvent très-forte, puis l'aphonie pendant un ou plusieurs mois, indiquent de profondes ulcérations.

Les ulcérations de la trachée, quelque nombreuses qu'elles soient, ne donnent ordinairement lieu à aucun symptôme. Les seuls qu'elles aient offerts sont le sentiment d'un obstacle et celui d'un peu de chaleur derrière la partie supérieure du sternum.

L'inflammation de la membrane muqueuse de la trachée-artère se traduit par de la chaleur et de la douleur dans cette partie, ou bien à la gorge ou au larynx.

L'observation apprend que chez plusieurs individus le point de départ de la phthisie est dans l'inflammation du larynx; que chez d'autres le larynx ne devient malade qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Ce dernier cas est de beaucoup le plus commun. Il est extrêmement rare que la laryngite simple détermine tous les symptômes de la phthisie pulmonaire sans que les poumons soient le siége de tubercules; en un mot, la phthisie laryngée est une affection fort rare. Bien des faits donnés comme phthisies laryngées n'étaient en dernier résultat qu'une laryngite compliquée de tubercules pulmonaires. L'erreur est, en effet, possible lorsque les tubercules qui ont envahi le parenchyme pulmonaire ne sont point ramollis, et lorsque le tissu du poumon reste sain autour d'eux. Dans ce cas, l'auscultation et la percussion ne peuvent donner aucun renseignement. Mais dans d'autres circonstances après que, pendant un temps plus ou moins long, l'affection du larynx a seule été annoncée par des symptômes caractéristiques, la maladie du poumon commence à son tour à manifester son existence, soit que des excavations remplacent les tubercules ramollis, soit qu'autour de ceux-ci le parenchyme pulmonaire s'enflamme et s'indure.

Cependant il est constant que dans quelques cas une simple affection du larynx a donné lieu à tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Vous en trouverez deux cas remarquables terminés par la guérison dans la thèse de M. Pravaz.

Nous avons déjà appelé votre attention sur les inflammations du parenchyme pulmonaire comme causes de tubercules. Si l'observation rigoureuse nous a forcé d'admettre cette cause dans un certain nombre de cas, nous avons dit aussi que plus communément les tubercules se développent sans pneumonie antécédente appréciable. Mais cette pneumonie est extrêmement fréquente, comme affection intercurrente, pendant le cours de la phthisie pulmonaire. Elle peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle se montre assez souvent douze ou quinze fois pendant le cours de la maladie. Vous la reconnaîtrez souvent alors aux crachats rouillés, visqueux, transparents, à l'augmentation de la dyspnée et du mouvement fébrile, enfin aux signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Mais son diagnostic n'est pas toujours aussi facile, car l'expectoration peut ne pas changer de caractère, la dyspnée peut ne pas augmenter, et l'auscultation peut rester impuissante par l'existence antécédente de divers râles, ayant leur siége soit dans les bronches, soit dans les excavations tuberculeuses. Aussi cette pneumonie intercurrente des phthisiques, quand elle est méconnue ou négligée, hâte la terminaison funeste d'un grand nombre de malades; et quand elle n'a pas ce résultat immédiat, c'est toujours une complication grave, car elle favorise le développement des tubercules et en accélère le ramollissement.

A l'état chronique, la pneumonie des phthisiques détermine un son mat des parois thoraciques, surtout au sommet du poumon. Si les tubercules sont encore à l'état de crudité, ou bien il y a absence complète de toute espèce de bruit respiratoire et de râle, ou bien il existe plusieurs râles siégeant dans les bronches, ou bien on entend la respiration bronchique; et la résonnance de la voix peut être telle, qu'elle simule plus ou moins parfaitement la pectoriloquie. Les crachats ne fournissent aucun signe, et la dyspnée n'augmente pas.

En parlant de la douleur comme symptôme local de la phthisie pulmonaire, nous l'avons attribuée aux adhérences que la plèvre contracte si fréquemment avec le poumon dans cette maladie. Nous ne voulons, dans ce moment, qu'attirer votre attention sur le phénomène de la communication d'une excavation tuberculeuse avec la plèvre. Vous pourrez le diagnostiquer aux signes suivants : Si, sur un malade chez lequel vous aurez constaté l'existence d'une ou de plusieurs cavernes, il survient brusquement dans un des côtés de la poitrine une violente douleur accompagnée de dyspnée et d'anxiétés extrêmes; si la percussion donne sur ce côté du thorax un son très-clair, et que là où existera cette sonorité, vous et n'entendiez pas la respiration; si, surtout, vous y percevez le tintement métallique, n'ayez alors aucun doute qu'une caverne vient de communiquer avec la plèvre, et que, dans la cavité de cette membrane séreuse, de l'air, de la matière tuberculeuse ramollie, ou du pus viennent de s'introduire.

La présence des tubercules dans les ganglions bronchiques ne s'annonce pas avec des symptômes assez caractéristiques pour qu'il soit possible d'en établir le diagnostic. En général, cette affection n'est appréciable qu'à l'ouverture du cadavre.

Appareil circulatoire. Nous avons vu que, dans certains cas, la phthisie pulmonaire s'accompagne de quelques altérations du cœur que nous avons examinées plus haut. Si l'anévrisme du cœur droit n'existe qu'à un faible degré, il ne donne lieu qu'à des symptômes peu tranchés pendant la vie, et l'auscultation seule peut tout au plus en faire reconnaître l'existence. Un anévrisme plus considérable se traduit par des battements du cœur plus ou moins énergiques, quoique chez un certain nombre de phthisiques, la grande étendue des battements du cœur n'indique pas toujours un état morbide de cet organe, et qu'elle puisse résulter uniquement de l'induration qu'a subie le parenchyme pulmonaire. Voilà pourquoi, dans certaines circonstances, les battements du cœur sont entendus avec force, soit sous l'une ou l'autre clavicule, soit même dans le dos, chez des individus dont on trouve le cœur sain après la mort.

L'œdème et l'infiltration des membres abdominaux que présentent quelquefois les phthisiques, ainsi que les épanchements des diverses membranes séreuses, sont, dans le plus grand nombre des cas, liés à une maladie organique du cœur, ou à un autre obstacle de la circulation veineuse, tels qu'oblitération de quelque tronc veineux, affection du foie, etc.

L'état anévrismatique du cœur se traduit aussi, chez les phthisiques, par la bouffissure de la face, la couleur violacée des lèvres, l'impossibilité du décubitus horizontal, et par l'irrégularité et les intermittences du pouls. Plusieurs fois on voit des phthisiques présenter une suffocation telle, qu'ils sont obligés de se tenir continuellement assis dans leur lit; d'autres passent la nuit dans un fauteuil.

Appareil digestif. L'inflammation de l'estomac, qui si souvent accompagne la phthisie pulmonaire, peut être aiguë ou chronique : cette dernière forme est la plus fréquente.

La gastrite aiguë marque quelquefois le début de la phthisie pulmonaire. Ainsi, au milieu de la santé la plus parfaite, un individu ressent une douleur plus ou moins vive à la région épigastrique. Bientôt surviennent des nausées et des vomissements; la langue rougit et se sèche; la soif est intense; mais en même temps les symptômes d'une simple bronchite se déclarent, et après que les symptômes de la gastrite se sont amendés, la toux persiste, des hémoptysies surviennent, la dyspnée se manifeste, enfin la tuberculisation des poumons est commencée.

Dans d'autres circonstances beaucoup plus fréquentes, la gastrite aiguë fait invasion pendant le cours de la phthisie pulmonaire. Pendant la première période, il arrive que la langue rougit et se sèche, qu'il y a perte d'appétit, douleur à l'épigastre, et que la fièvre devient continue ou intense. En même temps que ces symptômes gastriques existent, l'affection du poumon s'exaspère d'une manière très-tranchée; la toux, plus fréquente et plus pénible, donne lieu à des crachats teints de sang; l'oppression augmente. D'où il faut tirer la conséquence que les gastrites aiguës qui surviennent, comme complications, dans la première période de la phthisie pulmonaire, peuvent exercer sur les progrès de celle-ci la plus funeste influence.

La gastrite aiguë est encore plus fréquente dans les autres périodes de la phthisie que dans la première. Annoncée par les mêmes symptômes, elle exaspère ceux de la phthisie, si ce n'est chez quelques malades qu'elle paraît n'exercer aucune influence sur l'affection pulmonaire. Il en est même quelques-uns chez lesquels cette complication de l'inflammation gastrique semble faire rétrograder la maladie primitive et exercer sur elle une heureuse influence, manifestée par une toux plus rare, par des crachats moins abondants et d'un moins mauvais aspect, par une respiration plus libre, et par une diminution, quelquefois même par une suspension des sueurs colliquatives.

La forme chronique de la gastrite est encore plus commune que la forme aiguë. Elle apparaît principalement pendant la période de ramollissement des tubercules. Les symptômes qui l'annoncent sont variables. Tantôt ce n'est qu'une susceptibilité extrême de l'estomac, qui se révèle par l'ingestion d'aliments un peu plus considérable qu'à l'ordinaire, susceptibilité qui cesse ordinairement quand les malades reprennent leur régime habituel. Tantôt, sous l'influence d'un écart de régime, ou de l'administration de quelque substance irritante, des symptômes de gastrite apparaissent, accompagnés d'un dégoût complet et absolu pour toute espèce d'aliments. Chez quelques malades, l'introduction des aliments dans l'estomac est suivie d'un sentiment de pesanteur, de chaleur, et même de douleur à l'épigastre, sans soif, sans vomissements ni rougeur de la langue. Chez d'autres, la langue se tuméfie et présente une sorte d'érection permanente de ses papilles. Tantôt rouge sur ses bords et à la pointe, elle est tantôt recouverte d'une couche blanchâtre, parsemée d'une foule de petits points d'un rouge vif. Dans quelques cas enfin, avec les symptômes précédents, les malades présentent une soif insolite, des nausées et des vomissements.

Vous rencontrerez assez souvent des phthisiques qui, avec les symptômes les moins équivoques d'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac, affirmeront qu'ils conservent encore de l'appétit et demanderont des aliments avec instance. Vous vous convaincrez bientôt que cet appétit n'était que factice, car

à peine auront-ils introduit quelque aliment dans l'estomac, qu'ils seront pris d'un dégoût invincible.

Les diverses altérations de l'intestin que nous avons déjà décrites, peuvent être toutes également le résultat d'une affection aiguë ou chronique, à l'exception des tubercules, qui rarement surviennent d'une manière aiguë.

L'inflammation aiguë intestinale exerce une influence variable sur la phthisie pulmonaire. Tantôt elle l'amende, tantôt elle l'exaspère. Dans le premier cas, la toux devient plus rare, l'expectoration moins copieuse, la respiration moins gênée. Dans l'autre cas, la fièvre, au lieu de présenter des redoublements terminés par une sueur abondante, devient continue et sèche; la langue d'abord rouge, pointillée, ou uniformément rouge, se sèche, brunit, se couvre de croûtes noires, ainsi que les dents et les lèvres; l'abdomen se météorise, il y a diarrhée ou constipation opiniâtre; le délire survient intermittent ou continu, avec soubresauts des tendons, mouvements convulsifs; et la mort vient hâter la terminaison funeste de la maladie pulmonaire, qui, sans cette complication, aurait eu une durée plus ou moins longue.

Si l'inflammation est à l'état chronique, les symptômes sont beaucoup moins intenses, et souvent il arrive que les phthisiques dont on trouve le canal intestinal enflammé, ulcéré, rempli de tubercules, et profondément désorganisé dans une vaste étendue, n'ont accusé aucune douleur notable du côté de l'abdomen. Le ventre reste souple, et la pression ne le rend point douloureux. Tantôt les selles sont douloureuses, tantôt elles ne font éprouver aucune sensation pénible.

La matière des évacuations est variable. Le plus ordinairement elle est formée, soit par un liquide clair et séreux coloré en jaune ou en vert, soit par des mucosités filantes et glaireuses, tantôt par une bouillie grisâtre, très-fétide, tantôt, mais plus rarement, par du véritable pus.

Les affections du canal intestinal ne commencent pas toujours à la même époque de la phthisie pulmonaire. Il peut arriver qu'elles la précèdent, qu'elles naissent et marchent en même temps qu'elle, qu'elles ne surviennent qu'à une époque avancée de la phthisie, ou enfin que les malades succombent à la phthisie, sans avoir présenté aucun symptôme du côté de l'intestin.

L'inflammation du péritoine, à l'état aigu ou à l'état chronique, n'est pas une affection très-rare chez les phthisiques. Elle est quelquefois produite par une perforation intestinale, suite des ulcérations, ou par ces ulcérations elles-mêmes, sans perforation. La péritonite est, dans ce dernier cas, limitée et partielle, et ne se révèle ordinairement par aucun symptôme. Si elle devient générale, elle se traduit alors par l'appareil redoutable de symptômes qui lui est propre.

La péritonite chronique peut, comme l'inflammation intestinale, précéder le développement des tubercules pulmonaires, ou apparaître seulement à diverses périodes de leur existence. Elle est ordinairement indolente, et ne donne lieu à aucun symptôme qui puisse révéler son existence.

Marche. La connaissance des changements successifs qui se passent dans les lésions anatomiques qui constituent la phthisie pulmonaire, détermine celle de la marche de cette maladie. Or, comme ces changements ne suivent pas un ordre régulier, et que leur apparition est fort variable, il résulte que la marche de la phthisie ne suit pas toujours les trois périodes que l'on a coutume de considérer dans cette affection. Mais, comme cette manière de décrire la phthisie représente en effet assez bien ce qui se passe dans un grand nombre de cas, nous allons exposer les trois périodes qui constituent la marche de la maladie, en nous réservant de vous faire voir les infractions nombreuses qui existent à cette loi.

Première période. Lorsqu'après des crachements de sang plus ou moins répétés, des bâillements fréquents, avec chaleur à la paume des mains et à la plante des pieds, il survient une toux incommode qui laisse peu de repos pendant la nuit, ordinairement sèche, accompagnée de douleurs et de déchirements dans la poitrine, les côtes et la tête; de légers frissons et quelques degrés de chaleur fébrile, avec un sentiment douloureux dans les articulations et les membres; on peut regarder cet ensemble de symptômes comme constituant le premier degré ou la première période de la phthisie pulmonaire. De plus, si la toux sèche trouble le sommeil, entraîne la perte des forces et fait disparaître l'embonpoint, elle annonce l'existence des tubercules, quoique encore peu développés. Dans cet état, les urines sont presque toujours claires et abondantes, la voix est rauque, quelquefois presque éteinte; il y a de la chaleur à la gorge, l'appétit reste; il est même quelquefois plus grand que dans l'état normal.

A ce tableau de la première période de la phthisie pulmonaire, Cullen ajoute les réflexions suivantes : elle débute communément par une toux légère et courte, qui devient habituelle. Souvent ceux qui en sont affectés y font peu d'attention, au point même qu'ils en nient eux-mêmes absolument l'existence. En même temps leur respiration devient de plus en plus précipitée par le moindre exercice; ils maigrissent de jour en jour et tombent

dans un état de langueur et d'indolence. Cet état continue quelquefois une année ou deux, sans que les malades s'en plaignent aucunement; ils sont seulement plus facilement affectés du froid que de coutume, ce qui augmente nécessairement leur toux et produit un rhume ou catarrhe.

La toux, qui est un des caractères les plus décisifs de la phthisie pulmonaire, et celui que les malades supportent avec le plus d'incommodité, offre cependant beaucoup de variété dans sa manière d'être; compagne inséparable des affections catarrhales, elle offre quelquefois des moments de rémission, au moins de diminution. Dans ce cas elle amène presque toujours une expectoration plus ou moins abondante qui soulage et rend la respiration un peu plus libre. Il n'en est pas de même dans la phthisie pulmonaire, pendant laquelle la toux constante, opiniâtre, sèche, aiguë, n'est pas toujours suivie d'expectoration qui, même quand elle a lieu, ne soulage qu'imparfaitement. Cette toux vient ordinairement par accès qui sont plus fréquents et plus violents la nuit que le jour. Les femmes délicates qui s'exposent imprudemment au froid pendant que leurs règles coulent, y sont surtout très-sujettes. Quelquefois cependant cette toux est suivie d'expectoration plus abondante le matin que dans tout autre temps de la journée. La matière expectorée devient par degrés plus copieuse, visqueuse, d'une teinte jaune ou verdâtre, et quelquefois fétide.

Deuxième période. Bientôt la fièvre devient plus forte, avec des accès dans l'après-midi ou le soir; la poitrine et les parties supérieures se couvrent, le matin, d'une légère transpiration qui soulage momentanément les malades; alors succède une rémission qui dure une grande partie de la matinée. Cependant la toux ne perd rien de sa violence, et la situation horizontale du lit ne sert qu'à l'augmenter; l'insomnie qu'elle traîne à sa suite se prolonge jusqu'au matin, qui ramène la sueur et procure un peu de sommeil. Les produits de l'expectoration deviennent alors plus abondants, écumeux et quelquefois striés de filaments sanguins. Les joues, pendant la fièvre, se nuancent d'une tache circonscrite d'un rouge éclatant, ainsi que les lèvres et les glandes situées aux angles des orbites. La chaleur fébrile s'élève après le repas, surtout si le malade a mangé des aliments solides, bu du vin ou pris de l'exercice; des bouffées de chaleur et de rougeur montent subitement au visage, et une ardeur sèche et brûlante se fait sentir dans la paume des mains et à la plante des pieds.

La fièvre se rapproche du type continu proportionnellement aux progrès de la maladie, et les stades de rémission cessent d'être aussi bien prononcés; l'accès se déclare vers le milieu du jour, augmente jusqu'au soir, se prolonge avec assez de violence bien avant dans la nuit, et ne se dissipe qu'aux approches du matin, par la transpiration salutaire qui se déclare alors.

Quoique le pouls soit toujours plus précipité que dans l'état naturel, il est facile cependant de reconnaître une rémission bien réelle de la fièvre et des symptômes pendant quelques heures de la matinée. Mais l'expectoration devient de plus en plus copieuse, et le matin les crachats sont mêlés d'une matière purulente, en petites masses gobulaires, quelquefois désagréables au goût, jaunes, verdâtres, et qui se teignent d'une couleur cendrée à mesure que la maladie avance vers sa dernière période; de même que la toux, à mesure que la matière de l'expectoration devient plus fluide, perd de sa force sans devenir cependant moins fréquente; que les poumons sont frappés de secousses moins fatigantes, et que des douleurs de tête et de la poitrine sont moins vivement senties, ou qu'elles deviennent réellement moins fortes. On observe que ces circonstances ne servent pas peu à nourrir la trompeuse sécurité des malades dans les diverses périodes de cette cruelle maladie.

Lorsque la maladie est arrivée à cette époque où la fièvre hectique a ses stades ou rémissions bien marquées et bien régulières, où l'excrétion de la sueur a lieu tous les matins, où les crachats viennent facilement, quelque petite d'ailleurs que soit la quantité du pus expectoré, on peut alors regarder la maladie comme une phthisie pulmonaire confirmée.

C'est alors que les divers systèmes d'organes sont frappés par l'empreinte du ravage et de la destruction. Le tissu graisseux qui remplissait les cavités orbitaires, et servait de soutien aux yeux en contribuant à leur donner l'éclat et la vivacité dont ils brillent, se fond et s'évanouit. Une humeur dégoûtante distille de ces organes devenus mornes et languissants; les pommettes se décharnent et font saillie, le nez s'allonge, les tempes se dépriment, un amaigrissement et un dessèchement général s'emparent de tout le corps, dont les forces tombent dans un anéantissement rapide et très-considérable; la toux se fait sentir d'une manière plus fatigante vers le commencement de la nuit; la respiration est courte, précipitée, et l'haleine d'une odeur insupportable. Le peu de sommeil que goûtent les malades est agité et souvent interrompu; les sueurs du matin deviennent colliquatives et très-abondantes; l'intensité de la chaleur augmente, et les rémissions sont plus courtes et moins marquées; les crachats très-abondants sortent avec plus facilité, quoique visqueux et gluants; la quantité en est quelquefois portée à la valeur d'une pinte en

vingt-quatre heures. La phthisie pulmonaire peut alors être considérée comme au plus fort de la seconde période, qui se continue ainsi tant qu'il reste encore quelque étincelle de vigueur, tant que les forces digestives conservent assez d'énergie pour assimiler les sucs nutritifs dont le corps a besoin.

Troisième période. La troisième et dernière période de cette triste scène s'annonce par la diarrhée. Quoiqu'il soit vrai de dire, en général, que la diarrhée ne manque pas de survenir à la fin de la maladie, quand la mort en doit être l'issue, il est des cas néanmoins où ce symptôme manifeste à peine sa présence; mais on peut dire avec plus de raison, que la diarrhée, qui peut être regardée comme un symptôme général de la phthisie pulmonaire, n'est pas tellement constante et invariable qu'il n'arrive très-souvent des constipations opiniâtres auxquelles succèdent, il est vrai, de fréquentes évacuations qui dégénèrent bientôt en diarrhée confirmée. Les aliments ne font plus qu'un court séjour dans l'estomac, et le canal intestinal leur ouvre bientôt une facile issue. Dès que cet accident s'unit aux autres symptômes, la chaleur fébrile et les sueurs subissent une diminution sensible; mais la toux persiste à être fatigante pendant la nuit, en éloignant les approches du sommeil; la langue paraît alors nette et d'un rouge vif à la racine, quelquefois couverte d'aphthes: elle est généralement douloureuse et fort sensible. La voix donne des sons rauques et entrecoupés par des inspirations et des expirations courtes et par le hoquet. Ces symptômes sont au nombre de ceux qui fatiguent le plus les malades; les extrémités inférieures présentent un gonflement considérable, œdémateux, qui rend sensible l'impression du doigt. C'est une chose vraiment digne de suprise qu'à ce degré de la maladie, et quelquefois plus tard, l'appétit se soutient et passe même à son mode naturel, de sorte que les malades se gorgent quelquefois d'aliments, si l'on ne s'oppose pas à leur dessein. Ce symptôme a été également observé par Hippocrate. Cependant il n'est pas constant, et il est plus ordinaire de voir les malades arrivés à ce degré de la phthisie, être sans appétit et se dégoûter facilement des aliments les plus simples, comme des plus composés. Alors la diarrhée devient de plus en plus violente, et les sueurs du matin se ralentissent; les crachats sont en beaucoup moindre quantité, surtout pendant le jour; les forces s'énervent peu à peu, jusqu'à ce qu'enfin elles se refusent à l'exercice des moindres mouvements. Le moral partage bientôt l'affaiblissement du physique; la mémoire s'affaiblit au point, qu'après une nuit passée dans l'agitation et l'insomnie, les malades ne se souviennent pas de ce qui s'est passé en leur présence le jour précédent, peut-être de ce qu'ils viennent de faire eux-mêmes peu d'heures auparavant; les plus douces affections, les sensations les plus chéries de leur âme les abandonnent. A mesure qu'ils s'approchent de l'instant fatal, ils ont de fréquents et longs évanouissements; leurs ongles se contournent à l'extrémité de leurs doigts, le hoquet se montre pénible. Il paraît même quelquefois de légères convulsions; la langue devient vacillante et n'articule plus ses sons qu'avec difficulté; la mort termine enfin cette triste scène, et les enlève doucement et à leurs souffrances et à l'espoir qui les a soutenus jusqu'à la dernière heure.

Tel est le tableau que presque tous les observateurs ont tracé des trois périodes de la phthisie, tableau dont nous avons emprunté les traits principaux à Reid. Mais les choses sont loin de se passer toujours ainsi, et l'observation nous apprend que cette maladie est loin de suivre une marche aussi régulière dans tous les cas.

Il est des malades chez lesquels la phthisie affecte une marche remarquable par sa lenteur. Ainsi, on en voit qui toussent depuis un grand nombre d'années, qui ont des hémoptysies fréquentes et abondantes depuis longtemps, qui depuis une époque très-éloignée éprouvent de la difficulté de respirer, qui ont pendant de longues années vécu d'une vie valétudinaire et qui succombent enfin, après un temps fort éloigné du début des premiers symptômes.

Dans d'autres circonstances, au contraire, la phthisie affecte une marche très-rapide et peut être considérée comme une véritable maladie aiguë. Tantôt alors se montrant avec tous ces symptômes, ceux-ci se succèdent avec une effrayante rapidité, soit que la maladie dès son début ait présenté cette marche aiguë, soit qu'elle ne la présente qu'à une époque plus ou moins éloignée. Tantôt n'offrant plus les symptômes qui la caractérisent, on voit des phthisiques, après avoir éprouvé pendant quelque temps une toux très-légère, être pris tout à coup d'un frisson, suivi d'une fièvre continue très-forte, avec oppression considérable, quelquefois avec une vive douleur dans un des points de la poitrine, succomber rapidement aux symptômes d'une pneumonie ou d'une pleurésie.

Quelquefois une suffocation de plus en plus grande, une sorte d'asthme aigu est le seul symptôme qui traduise la présence et le développement rapide et simultané d'une grande quantité de tubercules miliaires.

Il est des cas où la phthisie pulmonaire simule l'existence d'une fièvre hectique essentielle, d'une espèce de marasme nerveux ou *sans matière*, comme disaient les anciens. Certains malades, en effet, n'ont qu'une toux

légère, une expectoration nulle ou sans caractères, pas de dyspnée, sonorité parfaite dans toute la poitrine, bruit respiratoire partout parfait. Mais une fièvre continue existe, avec des sueurs abondantes chaque nuit; l'amaigrissement fait de rapides progrès, le marasme survient, et la mort arrive avant qu'on ait pu connaître une altération profonde dans les organes pulmonaires.

Enfin, dans certaines circonstances, la phthisie pulmonaire affecte une véritable marche intermittente. On voit de temps en temps les symptômes qui l'annoncent disparaître plus ou moins complétement, puis revenir, disparaître de nouveau pour se reproduire encore, jusqu'à ce qu'enfin la maladie s'avance rapidement vers une terminaison funeste.

C'est souvent sous l'influence de causes bien manifestes que l'état stationnaire des tubercules pulmonaires vient à cesser. Ainsi, qu'un individu chez lequel existeront des tubercules qui ne seront manifestés que par des symptômes équivoques vienne à être pris de pneumonie, le travail de tuberculisation sera activé de la manière la plus rapide et marchera avec une rapidité funeste. Dans d'autres circonstances, une simple bronchite suffira pour produire le même résultat; il suffira quelquefois d'une fièvre éruptive.

C'est une bien vieille opinion que celle qui consiste à croire que la grossesse influe sur l'état stationnaire de la phthisie pulmonaire. Cette opinion est-elle fondée? Les faits que nous avons observés ne nous autorisent ni à l'adopter dans toute sa rigueur, ni à la rejeter absolument. Plusieurs fois nous avons vu la grossesse ne modifier ni en bien ni en mal la phthisie pulmonaire; dans d'autres circonstances nous avons vu cette maladie, stationnaire pendant tout le temps de la grossesse, revêtir immédiatement après l'accouchement une marche rapidement mortelle.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que la *durée* de la phthisie pulmonaire est variable. Dans les cas les plus ordinaires elle peut être estimée de six mois à deux ans.

Pronostic et terminaison. Jusqu'aux recherches de Laënnec, la phthisie pulmonaire avait été regardée comme devant se terminer nécessairement par la mort : cet observateur célèbre a démontré la possibilité de la cicatrisation des excavations tuberculeuses. Nous avons déjà exposé le mécanisme de cette cicatrisation. Bayle, qui ne connaissait pas ce fait, pensait que dans les cas assez rares où des individus guérissent, après avoir présenté tous les signes rationnels de la phthisie pulmonaire, il n'y avait que bronchite chronique. Mais dans plusieurs de ces cas, l'auscultation a démontré que des excavations existaient; d'abord pleines de liquides, elles font entendre du gargouillement; plus tard, celui-ci disparaît, on n'entend plus que de la pectoriloquie et une respiration soufflante; plus tard encore, ces deux phénomènes cessent d'être sensibles, et après la mort on trouve dans les poumons les diverses traces de cicatrisation de cavernes précédemment indiquées.

Mais de ce qu'une excavation tuberculeuse se cicatrise, il ne s'ensuit pas nécessairement la guérison de la phthisie; ce cas est au contraire le plus rare; il faudrait, pour que cela eût lieu, qu'il n'y eût dans le poumon d'autre tubercule que celui qui occupait la place de l'excavation qui s'est cicatrisée.

Dans ce dernier cas même, il y a, à la vérité, suspension des symptômes, guérison momentanée; mais, en raison de la malheureuse disposition qui a déjà une première fois produit des tubercules, il arrive le plus souvent qu'au bout d'un certain temps il s'en forme de nouveaux. Quant aux tubercules eux-mêmes, rien ne démontre encore qu'ils puissent être absorbés et disparaître, de telle sorte que, s'il y a une chance de guérison dans la phthisie, elle n'existe que lorsque cette maladie est arrivée à son dernier degré, sous le rapport de la lésion organique qui la constitue.

Mais ces chances sont bien faibles, et le pronostic est presque toujours funeste. La phthisie est en effet une des plus graves maladies qui affligent l'espèce humaine; elle est presque toujours mortelle, et dans les grandes villes elle enlève un cinquième de la population.

Traitement de la phthisie pulmonaire.

Nous diviserons ce que nous avons à dire sur le traitement de la phthisie pulmonaire en deux sections : dans la première nous parlerons des moyens thérapeutiques, et dans le seconde des moyens hygiéniques.

1° *Moyens thérapeutiques.* C'est au début de la phthisie pulmonaire qu'il est de la plus haute importance d'employer activement et convenablement les moyens de guérison, puisque c'est à cette époque que l'on peut sinon guérir la maladie, au moins en arrêter la marche. Ainsi, si, sous l'influence d'une cause quelconque, une personne est atteinte d'une toux sèche, sonore, opiniâtre, avec des douleurs dans la poitrine, qui augmentent par les quintes de toux, on peut considérer cet état comme le commencement du premier degré de la phthisie pulmonaire, surtout s'il y a chaleur à la peau, fièvre, hémoptysie. Alors il faut pratiquer une saignée que l'on répète à des distances convenables. Sous l'influence des émissions sanguines, on voit souvent tous les symptômes s'arrêter, comme aussi il arrive souvent que ce moyen est inutile, et que, quoi qu'on fasse, la bronchite qui précède n'en marche pas moins vers la dégénération tuberculeuse.

Mais à mesure que les tubercules se multiplient et qu'ils sont remplacés par des cavernes, il est prudent d'être plus avare d'émissions sanguines. Dans ces circonstances, au lieu d'être utiles, elles ont l'inconvénient, dans plus d'un cas, de rendre plus rapide la marche de la maladie.

Les émissions sanguines seront néanmoins utiles toutes les fois que, pendant le cours de la phthisie, des symptômes évidents de phlegmasie se montreront, soit vers l'appareil respiratoire, soit vers l'appareil digestif.

Les révulsifs peuvent être employés avec avantage dans un certain nombre de cas. C'est surtout au début de la maladie qu'il est utile d'établir vers la peau une fluxion quotidienne, soit par des frictions, soit par des exutoires de toute nature. Il importe cependant de ne pas abuser de ces moyens et de ne pas les employer indifféremment chez tous les sujets, car souvent ils augmentent l'irritation pulmonaire, allument la fièvre, et sont plus propres à favoriser qu'à prévenir ou à enrayer la formation des tubercules. On peut faire des frictions avec la pommade stibiée, produire un exanthème par l'huile de croton tiglium sur la peau qui détermine de petites pustules qui se dessèchent au bout de quelques jours. On applique des vésicatoires, soit sur la poitrine, soit aux extrémités. L'application des cautères, soit sous les clavicules, soit sur les côtés de la poitrine, est recommandée par un grand nombre de médecins. L'efficacité de ce moyen nous paraît fort douteuse; nous en dirons autant de l'application de sétons ou de moxas.

Les purgatifs et les émétiques ont été vantés par quelques médecins; nous croyons qu'il faut en être excessivement avare; l'intestin, en effet, est disposé à l'inflammation, que ces purgatifs ne pourraient que hâter ou exaspérer. Dans le cas où l'on a dit que ces moyens avaient réussi, il est fort probable qu'il y a eu erreur de diagnostic.

Il convient dans la plupart des cas d'administrer des boissons émollientes et tout l'arsenal des médicaments connus comme adoucissants et tempérants, qu'on variera selon les goûts des malades.

Vous trouverez dans les vieilles pharmacopées un bon nombre de prétendus spécifiques contre la phthisie pulmonaire; le temps et l'observation ont fait justice de tout cela. Les prétentions de quelques médicaments modernes sont-elles plus fondées? Malheureusement non, et quoi qu'on ait dit des vertus de l'acide hydrocyanique, du chlore, de l'iode, etc., le traitement curatif de la phthisie pulmonaire est encore à trouver, et pour quiconque connaît les altérations anatomiques de cette maladie, les difficultés immenses de son diagnostic alors peut-être qu'on pourrait la combattre, c'est-à-dire à son début, il est bien difficile de concevoir la possibilité de guérir cette maladie par des remèdes plus ou moins énergiques.

Si, comme nous venons de le voir, la médecine est impuissante pour détruire la cause de la maladie et pour lui opposer un traitement curatif, elle peut au moins en diminuer l'intensité en combattant les symptômes.

La toux. Bayle disait qu'il n'était pas toujours convenable d'en arrêter le cours, et que lorsqu'elle tient à la nécessité d'expectorer les matières sécrétées, il serait dangereux de la combattre. Mais lorsqu'elle est excessive, comme nerveuse, elle devient un symptôme très-inquiétant. Les quintes qu'elle provoque amènent une sorte de suffocation, et souvent elle occasionne des vomissements presque continuels. Un très-grand nombre de remèdes ont été proposés pour la combattre : les antispasmodiques, les opiacés, les bouillons pectoraux, ont été tour à tour mis en usage. Les premiers s'administrent dans un véhicule approprié, ordinairement sous la forme de julep, de looch; les plus puissants sont le musc, le castoréum et l'assa-fœtida. Les seconds se donnent en pilules, comme celles de Morton et de cynoglosse. L'opium, la jusquiame, la belladone sont les plus énergiques. Il faut, en général, les donner en petites doses, et en suspendre quelquefois l'administration pour rendre ensuite leurs effets plus énergiques. Parmi les bouillons pectoraux, les plus généralement employés sont ceux de poumon de veau, de tortue, de limaçons et de grenouilles. A ces moyens, il faut ajouter l'emploi de l'acide prussique proposé par M. Magendie et auquel il attribue une grande efficacité. Voici les diverses préparations qu'il a proposé d'employer :

Mélange pectoral :

℞ Acide prussique médicinal, un gros.
Eeau distillée, une livre.
Sucre pur, une once et demie.

F. S. L. Un mélange dont on prendra une cuillerée à bouche le matin, et une le soir en se couchant.

Potion pectorale :

℞ Infusion de lierre terrestre, deux onces.
Acide prussique médicinal, quinze gouttes.
Sirop de guimauve, une once.

F. S. L. Une potion à prendre par cuillerées à bouche, de trois heures en trois heures.

2° *Expectoration.* Il faut dans quelques cas hâter, modérer dans d'autres, l'expectoration des crachats, qui, tantôt simplement muqueux, tantôt purulents, présentent des indications diverses, et demandent des moyens différents. Si la nature des crachats donnait à peu près la mesure de l'état des poumons,

on subordonnerait en conséquence les moyens thérapeutiques d'après la consistance, la qualité et l'état de purulence plus ou moins prononcé des matières expectorées. Mais nous avons vu qu'il est bien loin d'en être toujours ainsi, et que le diagnostic de la phthisie possède aujourd'hui des moyens bien plus précieux que ceux que fournit l'expectoration. Dans les premiers temps de la maladie, les crachats n'étant encore que le résultat d'une sécrétion plus abondante des voies bronchiques, il n'y a rien à faire pour en modérer l'expulsion. Plus tard, lorsque les crachats deviennent plus épais, de couleur grisâtre ou verdâtre, c'est alors que l'application d'un cautère sur la poitrine pourrait être avantageuse. On pourrait aussi recourir aux révulsifs puissants, tels qu'un sinapisme sur la poitrine, et aux frictions avec la pommade ammoniacale sur les extrémités.

C'est à cette époque de la maladie, que l'on administre aussi les eaux minérales sulfureuses, les baumes, les pectoraux, les fumigations, les bourgeons de sapin, etc. Nous reviendrons sur l'emploi des eaux minérales, en parlant des moyens hygiéniques.

3° *Hémoptysie* (Voyez page 102).

4° *Douleurs.* On pourra leur opposer quelques sangsues sur le point douloureux, faire l'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne, employer quelques ventouses sèches.

5° *Dyspnée.* Aux exacerbations de la dyspnée, si le malade n'est pas très-affaibli, on opposera de petites saignées, des sinapismes aux extrémités. L'inspiration d'un air beaucoup plus oxygéné que dans l'état naturel a été beaucoup préconisée, guidé que l'on était par cette idée théorique, que l'air ne pouvant plus pénétrer dans les poumons, le sang n'était point suffisamment élaboré. Mais on a été bientôt forcé de renoncer à ce moyen, la dyspnée devenant beaucoup plus intense sous son influence. D'autres ont mêlé à l'air inspiré une plus grande quantité d'acide carbonique: ce moyen a été sans effet. La digitale a joui pendant quelque temps d'une sorte de vogue dans la phthisie : on ne l'emploie plus aujourd'hui.

6° *Fièvre.* Dans quelques cas où elle revenait sous forme intermittente, on lui a opposé avec succès le quinquina. Mais sous l'influence de cet agent, le frisson seul disparaissait, la chaleur et la sueur persistaient.

7° *Sueurs.* On a proposé des frictions vinaigrées et albumineuses : nous ne les croyons pas sans inconvénients. A l'intérieur on a administré des astringents, la cascarille, le quina, les acides minéraux, l'alun, l'eau de chaux, etc.; tout cela a été sans influence. M. Fouquier a beaucoup employé l'acétate de plomb : nous croyons qu'il faut beaucoup rabattre des éloges qu'on lui a donnés. Nous l'avons souvent essayé, et toujours sans succès. On a employé aussi dans ces derniers temps l'agaric en poudre sous forme de pilules : nous ne pensons pas qu'on en ait retiré de grands avantages.

Les symptômes que présentent les voies digestives demandent qu'on examine attentivement l'état des organes. La diarrhée est bien souvent rebelle à tous les moyens; elle survient à une époque où les malades sont tellement affaiblis que les émissions sanguines sont presque toujours impraticables. Si la constipation existe, on emploie des lavements simples ou légèrement laxatifs.

Contre la faiblesse et l'épuisement, on peut, si les voies digestives sont encore en bon état, administrer la décoction ou le sirop de quinquina, associés au sirop de grande consoude.

Tels sont les moyens palliatifs les plus généralement employés.

II. *Moyens hygiéniques.* La constitution scrofuleuse est, suivant tous les auteurs, celle qui prédispose le plus à la phthisie pulmonaire. Or, rien n'est aussi propre à combattre cette prédisposition, qu'un bon régime et une alimentation énergique. Ainsi, en nourrissant le sujet avec des viandes rôties, des gelées animales, en lui prescrivant l'usage modéré du bon vin, l'exercice, l'habitation à la campagne, nous pensons qu'on parviendrait souvent à empêcher le développement des tubercules, en agissant ainsi sur la constitution.

Mais si la phthisie est déclarée, à quel régime hygiénique faut-il recourir? Si la formation des tubercules s'accompagne de signes de réaction, il faut prescrire un régime doux, sans cependant qu'il soit débilitant. Au premier rang on doit placer le lait, quoiqu'il y ait des exceptions à son administration. La diète lactée peut être suivie avec différents laits. On a dit que le lait de femme est le meilleur : c'est loin d'être prouvé. On emploie généralement le lait d'ânesse, et on le préfère au lait de vache, parce que, contenant moins de parties nutritives, il est plus facilement digéré que celui-ci. Il est cependant un grand nombre de malades qui ne peuvent le supporter. En outre il a l'inconvénient d'être cher. On le remplace avantageusement par le lait de vache coupé. Quelques personnes ont beaucoup préconisé le lait de chèvre; quelques autres lui ont trouvé des propriétés excitantes. Mais tout cela est problématique, comme le sont aussi les avantages du lait de chèvre nourrie avec des plantes aromatiques, des bourgeons de sapin, du serpolet, etc.

Quant à la nourriture, elle doit se composer de légumes frais, d'épinards, de chicorée, de salsifis, de scorsonère, de certains farineux

dépouillés de leurs enveloppes, de salep, de riz, de tapioka en bouillie au lait d'amandes douces; toutes les préparations de pommes de terre; les fruits de la saison. On a dit des merveilles des fraises, des concombres, etc.; mais ces éloges ne reposent sur aucun succès constaté. On prescrira l'usage des viandes blanches, de veau, de poulet, de gelées animales et végétales. En général, il convient de diminuer l'alimentation à mesure que la maladie fait des progrès. Il est bon, d'ailleurs, de consulter sur ce point l'appétit des malades, et, si l'on ne doit pas le satisfaire entièrement, de ne pas cependant les soumettre à une diète trop sévère, qui hâte leur mort. Il importe de les nourrir modérément, même malgré le dévoiement, car la diète ne l'arrête pas. Dans les cas de dévoiement, on prescrira des aliments qui nourrissent sous un petit volume, et qui laissent peu de résidu.

Ne privez pas les malades d'un peu de vin de Bordeaux, coupé avec l'eau pure, ou avec l'eau d'orge ou l'eau sucrée. Prendre pour boisson exclusive l'eau de gomme ou l'eau sucrée nous paraît une mauvaise chose. Au début de la maladie, on peut prescrire la bière légère.

Le choix de l'habitation est certainement d'une bien grande influence, et le changement de lieu effectué à temps serait très-utile à un grand nombre de phthisiques. Malheureusement il est très-commun de ne voir s'expatrier les malades, pour aller respirer un air plus pur, que lorsqu'il n'y a plus d'espoir de guérison.

Le midi de la France ne doit être conseillé que pour l'hiver, car l'été y est mortel aux phthisiques. Évitez Marseille, tout le littoral de la Méditerranée; évitez Montpellier, Pau, Bayonne. Les îles d'Hyères jouissent d'une grande réputation; elles sont préservées du vent du nord; et un grand nombre de phthisiques y viennent tous les ans, non pas y trouver la guérison complète de leur mal, mais un prolongement plus ou moins long à leur existence. Nice, intermédiaire entre le midi de la France et l'Italie, a, de tout temps, aussi attiré un grand nombre de malades. Nous pensons que c'est bien à tort que les médecins conseillent le séjour de cette ville, car les variations de température y sont assez fréquentes, et il y a un grand nombre de phthisies indigènes. Le séjour aux Pyrénées ne devra avoir lieu que pendant l'été.

L'habitation en Italie ne doit pas être conseillée d'une manière générale et absolue, car elle a des climats variables dus au voisinage de la mer et des hautes montagnes. Les bords de la mer y sont pernicieux aux phthisiques. Dans l'intérieur de l'Italie, le climat est moins sec, moins âcre, moins desséchant pour le poumon. Vous conseillerez donc de fuir le littoral de l'Italie, de fuir Gênes et Naples, malgré leur grande renommée. Florence est peut-être encore plus funeste aux phthisiques. Le séjour de Rome leur est, au contraire, très-favorable, surtout dans la première période, surtout encore s'il y a irritabilité pulmonaire. Vous conseillerez aux malades d'aller à Rome vers octobre, d'y passer l'hiver, d'en sortir au mois de mai pour se diriger vers le nord de l'Italie, pour passer quelque temps au delà des Apennins, autour du lac Majeur; de parcourir la Suisse; de traverser les Alpes au Mont-Blanc, et d'aller finir l'été à Lucques ou à Sienne, villes très-favorables aux phthisiques pendant l'été.

L'île de Madère réunit toutes les conditions favorables aux phthisiques; le séjour dans ce pays doit avoir surtout une grande influence sur les personnes menacées de tubercules pulmonaires. Pendant l'hiver il y a douze degrés de chaleur de plus qu'en Italie et qu'en Provence, et l'été y est moins chaud que dans ces deux pays; il y est surtout moins variable. La différence moyenne n'y est que de deux degrés, elle est de quatre en Italie et en Provence. La température y varie très-peu; la moyenne des variations n'y est que d'un degré; il n'y a que 73 jours pluvieux : il y en a 167 à Rome. Et cependant, malgré toutes ces circonstances favorables, la phthisie n'est pas rare à Madère, et les malades qui viennent y chercher la guérison de leur maladie, n'y trouvent qu'une prolongation plus ou moins longue à leurs souffrances.

Les phthisiques se trouvent mal du séjour sur les hautes montagnes : la diminution de la pesanteur atmosphérique donne une accélération notable à la respiration. L'air des bois, pendant la chaleur, leur est au contraire fort utile. On a beaucoup exagéré l'influence favorable de l'air des étables : les guérisons obtenues par ce moyen sont-elles bien authentiques?

Quant aux vêtements, les malades devront être couverts de flanelle des pieds à la tête, et ne jamais la quitter.

Ils se livreront à un exercice proportionné à leurs forces. L'équitation, si vantée, n'est utile que chez les individus menacés de phthisie : quand elle est confirmée, elle est nuisible.

Les voyages sur mer ont paru être utiles chez un assez grand nombre de phthisiques. Celse et Pline le naturaliste ont recommandé les navigations de long cours contre la phthisie pulmonaire. Une foule de médecins modernes, et parmi eux surtout Gilchrist, ont conseillé l'usage du même moyen. Il ne faut pas probablement attribuer à la seule influence de l'air de la mer, mais encore au mouvement du vaisseau, et quelquefois au mal de mer, le soulagement obtenu par les voyages. Reid

et plusieurs autres considèrent le mal de mer comme l'unique cause des guérisons que produit la navigation. Quelques médecins ont pensé que la navigation avait, entre autres avantages, celui de retarder les progrès des tubercules. Cicéron dut à des voyages dans les divers parages des mers de la Grèce, l'affermissement d'une santé chancelante, attribuée surtout à la menace d'une phthisie pulmonaire. Mais à côté des grands succès que l'on a obtenus de l'influence des voyages en mer, on doit placer les inconvénients graves de la navigation : beaucoup de malades ne peuvent la supporter, et elle a haté la mort de plus d'un phthisique.

Les eaux minérales sulfureuses, comme celles de Bonnes, de Baréges, de Cauterets, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix, du Mont-d'Or et d'Enghien, conviennent rarement pendant la première période de la phthisie pulmonaire, encore moins quand la maladie est plus avancée; de sorte que leur emploi n'est réellement utile que lorsqu'il y a menace de tubercules pulmonaires.

Il importe d'épargner aux phthisiques toutes les émotions vives, les passions, etc., en général, tout ce qui agit brusquement sur le système nerveux. Combien meurent subitement à la suite d'une émotion morale un peu vive !

La phthisie est-elle contagieuse? Cette opinion est généralement répandue dans le midi de l'Europe, et surtout en Espagne. Là on croit que la phthisie peut se transmettre par l'air, et même par l'intermédiaire des objets de laine, de soie, de coton et de plume, qui ont servi à un phthisique. Mais la contagion n'est possible qu'à l'aide d'un miasme ou d'un virus; or, ces deux circonstances n'existent pas pour la phthisie. Galien, Morton, Sennert, Van Swieten, Valsalva, Morgagni, Maret, Sarcone, Bordeu, Baumes et plusieurs autres, croyaient aussi à la contagion de cette maladie. Parmi les modernes nous ne connaissons guère que M. Hatin jeune qui partage cette opinion. Les faits de tous les jours sont trop en opposition avec cette manière de voir, pour que nous puissions la partager.

Telles sont les opinions de M. Andral sur le traitement de la phthisie pulmonaire. M. le docteur Roche a publié dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, une manière nouvelle de considérer le traitement de cette cruelle maladie, qui nous paraît mériter l'attention sérieuse des praticiens. Nous allons en présenter les points principaux à nos lecteurs.

Traitement proposé par M. Roche *contre la Phthisie pulmonaire* (Dict. de Méd. et de Chir. pratiques, tome XIII).

C'est une opinion généralement accréditée dans le monde, que la phthisie est incurable. Beaucoup de médecins la partagent peut-être, et, il faut en convenir, les exemples de guérison de cette funeste maladie sont tellement rares, que le praticien le plus répandu peut, dans le cours d'un long exercice de son art, n'en pas observer un seul exemple incontestable. Cette croyance jette le désespoir dans l'âme des malades, elle décourage le médecin, et le traitement de la maladie en ressent une fâcheuse influence. Dans la conviction où l'on est que ce serait peine perdue, personne ne songe à faire subir la plus légère modification à la thérapeutique routinière de cette maladie. On prescrit ce que tout le monde prescrit : quelques saignées au début, des boissons pectorales, des potions de même nature, les eaux-bonnes, quelques narcotiques, des vésicatoires, des cautères, un régime doux, de la flanelle sur la peau, et l'habitation des pays chauds pour les gens riches; et tout cela sans aucun espoir, pour l'acquit seul de la conscience. Un petit nombre de tentatives a cependant été fait par Laënnec pour sortir de cette ornière; mais comme elles n'ont pas été heureuses, personne ne les a répétées, et l'on est retombé dans le traitement banal que nous venons d'indiquer.

La phthisie cependant guérit quelquefois. Laënnec a démontré que les excavations tuberculeuses pouvaient se cicatriser : il a rapporté quelques exemples de ce mode de guérison. D'autres praticiens en ont publié de semblables. M. Broussais avait, longtemps auparavant, fait voir qu'il était possible quelquefois, par le traitement précité, d'enrayer, de suspendre au moins, la marche de la maladie à ses premières périodes. Il n'est pas de médecin qui n'ait vu des phthisiques, qu'il croyait voués à une mort certaine, guérir après leur renonciation à tout traitement et à tout régime, ou par un régime et un traitement entièrement opposés à ceux qu'il avait conseillés. Enfin, dans les écrits des meilleurs auteurs anciens sur la phthisie, on trouve vantés avec tant de bonne foi des moyens thérapeutiques aujourd'hui tombés dans l'oubli, ou même dédaignés, qu'il faut bien croire qu'on leur a dû quelques succès. Ayons donc un peu plus de confiance dans les ressources de l'art, interrogeons l'expérience de nos prédécesseurs, profitons même des avertissements que nous donne l'empirisme, enfin tentons, s'il se peut, de nouvelles voies, et peut-être parviendrons-nous à découvrir les moyens d'arracher quelques victimes de plus à cette redoutable maladie.

Si deux ordres de causes, les unes générales, les autres locales, concourent à la production de la phthisie ; si la nature de cette maladie se compose de deux genres d'altérations bien distinctes, les unes générales et le

autres locales, et si ces premières en constituent principalement l'essence intime, il s'ensuit évidemment qu'elle réclame un double traitement, et que le plus important doit être le traitement général. En effet, dans la phthisie, comme dans les scrofules, les symptômes les plus apparents du mal ne sont pas le mal lui-même. Que sont les phénomènes locaux d'inflammation des tubercules du cou, en comparaison de la cause générale qui les produit? Quel médecin aujourd'hui ne les regarde comme tout à fait secondaires? Qui se borne à les attaquer pour tout traitement de cette maladie? Qui n'est aujourd'hui pleinement convaincu de la nécessité de la combattre par un traitement général? Eh bien, l'analogie est complète : la nature des deux maladies est la même, le siége seul diffère. Dans la phthisie, sans doute en raison de la grande importance de l'organe affecté, les phénomènes locaux ont plus de gravité et réclament une attention plus sérieuse que dans les scrofules; aussi ne prétendons-nous pas qu'on doive les négliger; mais leur traitement n'en est pas moins dominé, selon nous, par celui de l'altération du sang et de la nutrition qui fait le fond de la maladie; et c'est, à notre avis, parce que les praticiens ne voient et ne combattent aujourd'hui que les désordres locaux de la phthisie, que les exemples de guérison en sont si rares. Nous aurons bientôt, peut-être, à porter un jugement plus sévère sur la nature de ce traitement.

L'indispensable nécessité et la supériorité du traitement général étant démontrées, demandons-nous maintenant de quelle nature doivent être les moyens qui le composeront. Destinés à remédier à l'altération du sang, ils doivent être pris parmi les agents doués de la propriété de rendre à ce liquide sa composition normale, les qualités stimulantes et les globules rouges qui lui manquent. Or, l'expérience et la théorie nous apprennent, par l'exemple des goutteux, qu'une nourriture succulente est d'abord le meilleur moyen d'atteindre ce but : elles nous enseignent que l'insolation, le grand air, l'application de la flanelle sur la peau, et les médicaments que l'on nomme *toniques* concourent puissamment à ce résultat; enfin par l'exemple des scrofuleux, elle nous démontre l'utilité des substances amères et des sucs des végétaux dits antiscorbutiques. C'est donc en résumé à cette classe de moyens que nous devons emprunter nos principales ressources contre la phthisie pulmonaire; mais cette conclusion choque trop toutes les idées reçues, elle est trop contraire aux préceptes de traitement généralement adoptés, pour que nous ne cherchions pas à l'étayer par toutes les preuves et les considérations qui peuvent militer en sa faveur.

Une alimentation très-nourrissante, l'usage du vin et l'emploi de tous les médicaments toniques, amers et stimulants, dont nous venons de parler, ont été depuis longtemps conseillés dans le traitement de la phthisie, et, depuis Hippocrate jusqu'à Bayle, on pourrait citer un bon nombre d'auteurs qui préconisent cette médication. Aucun, que nous sachions, n'en a fait sans doute la base du traitement de cette maladie, et tous la réservent pour les espèces de phthisie qu'ils nomment *scrofuleuses* et *muqueuses;* mais, quand on considère que, de leur aveu général, la phthisie scrofuleuse est la plus commune de toutes; quand on réfléchit que, parmi les autres espèces admises par eux et auxquelles ils appliquent de préférence un régime doux et antiphlogistique, se trouvent confondus tous les catarrhes, les pneumonies et les pleurésies chroniques qui entraînent la mort par consomption, on voit qu'en dernière analyse, c'est le traitement tonique qu'ils ont le plus fréquemment employé contre la véritable phthisie. Or, toutes déclarent lui devoir des guérisons : on en lit d'ailleurs des observations frappantes dans les écrits de plusieurs d'entre eux, et s'il nous est permis de rejeter leurs théories, nous ne pouvons refuser d'admettre les résultats de leur expérience. Cette médication compte donc des succès pour le moins aussi nombreux, si ce n'est plus, que la médication antiphlogistique; elle a donc déjà pour elle la sanction de l'expérience. Faut-il appuyer ceci de quelques citations? Salvadori conseille de traiter la phthisie par une alimentation forte et l'usage du vin; il combat les sueurs nocturnes en faisant manger des viandes salées et en *désaltérant* les malades avec du vin, et il prétend avoir retiré de bons effets de l'emploi de ces moyens. Thomas Beddoës donne, peu de temps après, des préceptes analogues et en vante les bons effets. Charles Pears dit avoir guéri par le traitement tonique plus de la moitié des phthisiques auxquels il a donné des soins : il exagère sans doute; mais en faisant la part de l'exagération, assez de faits encore prouvent l'utilité du traitement qu'il préconise. Enfin, pour citer quelques médicaments en particulier, le quinquina a été vanté par Pringle, Van Swieten, Jaeger, Quarin, Baumès; le polygala par Collin; le lichen d'Islande par Cramer, Ebeling, Crichton, Regnault; le marrube par Schwencke, Vogel, de Haen; le cresson de fontaine par Jeannet de Longrois, Pouteau, Boissieu, Baumès, Portal, etc. Mais en voilà assez pour prouver que, loin d'être aussi nuisibles dans le traitement de la phthisie qu'on paraît le croire généralement aujourd'hui, les toniques y ont été souvent employés et suivis de succès.

A ces preuves, puisées dans la pratique de

célèbres médecins, ajoutons-en maintenant quelques-unes tirées de l'analogie. Tant que l'on a confondu sous le nom de phthisie toutes les maladies chroniques de la poitrine, il n'a pas été possible de démontrer l'identité parfaite qui existe entre la phthisie véritable et les scrofules, on ne pouvait que la pressentir; mais aujourd'hui, grâce aux découvertes modernes de l'anatomie pathologique, cette identité ne peut plus faire, ce nous semble, l'objet du moindre doute. Qu'il nous suffise de rappeler que les mêmes causes président au développement des deux maladies; que les mêmes conditions d'âge, de sexe et de tempérament qui prédisposent à conctracter l'une, prédisposent à l'autre; que la plupart des scrofuleux deviennent tôt ou tard phthisiques ou portent au moins quelques tubercules dans les poumons, et que les lésions anatomiques offrent la plus complète ressemblance dans les deux affections. Or, l'expérience a dès longtemps consacré l'efficacité d'une alimentation presque exclusivement animale, de l'usage du vin, des médicaments toniques, des amers, des dépuratifs, du suc des végétaux dits antiscorbutiques, dans le traitement de la maladie scrofuleuse : elle a appris aussi combien y étaient nuisibles le laitage, les fécules et le régime végétal. Tirons-en donc cette conséquence, que la médication qui se montre efficace contre les scrofules doit l'être aussi contre la phthisie, et nécessairement que les moyens qui nuisent dans la première doivent être proscrits du traitement de la seconde.

Enfin, par suite de ces idées, M. Roche s'est livré depuis trois à quatre ans à quelques essais, timides, incomplets, comme tous ceux, en un mot, que l'on tente dans la pratique particulière, et les résultats qu'il a obtenus, bien que faibles et peu nombreux, viennent cependant à l'appui de ce qui précède sur l'utilité des toniques et de certains médicaments spéciaux dans la phthisie. J'ai, dit-il, commencé d'abord par unir le quinquina au lichen d'Islande dans la tisane de quelques malades, et cela n'a pas nui comme les idées régnantes et dont j'étais imbu me le faisaient craindre; il m'a paru au contraire qu'un soulagement en avait été l'effet. Ce premier pas fait, j'ai remplacé les fécules et le laitage qui faisaient la base exclusive de la nourriture de mes phthisiques, par des viandes rôties ou grillées, du bouillon gras et du vin étendu d'eau, et loin d'en éprouver de mauvais effets, une amélioration sensible en a été la suite. Enhardi par ces premiers résultats, j'ai administré l'iode à l'intérieur et en bains en raison de son utilité contre les scrofules, et parce que j'avais été frappé, comme M. Baudelocque, de la promptitude avec laquelle disparaissait la toux inquiétante des scrofuleux soumis à son action. J'ai prescrit le chlorure d'oxyde de sodium à la dose de deux gros par jour dans les tisanes, parce que j'avais lu qu'on en retirait parfois de bons effets dans les scrofules; enfin, j'ai essayé le suc de cresson et le sirop antiscorbutique. Sous l'influence de cette médication secondée par le traitement local ordinaire de la phthisie, je crois bien fermement avoir enrayé la marche de la maladie chez deux sujets qui toussaient depuis longtemps, qui avaient craché plusieurs fois un peu de sang, qui avaient de la fièvre, de l'oppression, des redoublements vers le soir, des sueurs nocturnes, et amaigris déjà d'une manière notable. Les accidents n'ont pas reparu depuis dix-huit mois pour l'un, et depuis à peu près un an pour l'autre. Chez une jeune fille de seize ans, scrofuleuse au dernier degré, ayant une carie des os du carpe de la main gauche et des os du tarse du pied droit, auprès de laquelle M. Baudelocque voulut bien m'aider de ses conseils, les mêmes moyens ont réussi à faire disparaître les mêmes symptômes de phthisie que je viens de décrire et de plus une diarrée rebelle; et ce qui prouve bien que les accidents du côté de la poitrine étaient dus dans ce cas à la présence des tubercules, c'est que cette malade, ne voyant pas de changement s'opérer dans l'état de ses plaies, se sentant, d'ailleurs, une répugnance individuelle pour les bains d'iode et l'eau iodée qu'après une suspension d'un mois je parlais de lui faire reprendre, et s'étant mise entre les mains d'un médicastre, qui se borna à un traitement purement local, ne tarda pas à être reprise de toux, d'oppression, de fièvre, de sueurs nocturnes, de diarrhée, etc., et périt dans le dernier degré de la phthisie et du marasme quelques mois après.

Je l'avais revue peu de temps avant sa mort; elle était dans un tel état, que je n'osai plus rien entreprendre. Le même traitement par l'iode, employé chez une phthisique ayant des cavernes tuberculeuses dans les poumons, n'a procuré aucun soulagement; je crois même que les bains furent nuisibles : il me fallut de bonne heure les suspendre. Je ne parle pas de quelques autres essais, dont les résultats sont à peu près nuls, les uns parce que l'existence des tubercules était douteuse, les autres parce que le traitement a été tâtonné, indécis et mixte. C'est à peine, au reste, si sept à huit malades ont été soumis à ces expériences. Mais deux faits qui ne sortiront jamais de ma mémoire doivent trouver ici leur place. J'ai vu, dans les premiers temps de ma pratique médicale, guérir par la drogue de Leroy et un régime épouvantablement stimulant, un phthisique auquel j'avais donné des soins inutiles pendant plusieurs mois, et que je regardais comme voué à une mort inévitable. Quelques années après, j'ai vu un autre malade, dans

la même situation, recouvrer la santé en renonçant au régime lacté et féculent par les conseils d'une guérisseuse, et se soumettant à un traitement dont le jus de cresson faisait la base principale. De tels faits, et ils ne sont peut-être pas très-rares, me paraissent éminemment propres à rassurer les médecins sur les dangers imaginaires de l'emploi des médicaments toniques et dépuratifs dans la phthisie. Et que l'on ne dise pas que ces faits sont exceptionnels, car la phthisie guérit si rarement par le traitement adoucissant, généralement employé de nos jours, que l'on pourrait à juste titre rétorquer l'argument, et dire que c'est par exception que ce dernier traitement réussit quelquefois.

On ne manquera pas d'objecter que, dès la plus haute antiquité, on a reconnu de grands avantages au régime lacté dans la phthisie. On citera les autorités imposantes d'Hippocrate, Galien, Alexandre de Trales, Rhazès, Avicenne, etc., qui témoignent hautement de la toute-puissante efficacité de cette alimentation chez les phthisiques; mais on a trop oublié que ces médecins célèbres recommandaient soigneusement de communiquer au lait des propriétés médicamenteuses, en nourrissant avec des plantes balsamiques et vulnéraires les animaux qui devaient le fournir, et que c'est ce lait médicamenteux qu'ils préconisent, tels que celui de Stabie, celui du mont *Lactarius*, si vanté par Cassiodore. Peut-on sérieusement se promettre les mêmes bienfaits du lait fade et insipide de nos contrées, de celui surtout de Paris, fourni par des vaches qui meurent presque toutes phthisiques? — Je n'hésite pas à déclarer que le traitement par les débilitants et les antiphlogistiques, pris dans son ensemble, est plus propre à favoriser la tuberculisation, qu'à la suspendre. — Qui n'a pas été frappé de l'accroissement subit que prennent les symptômes et la marche de la phthisie chez quelques malades, à dater du moment où, quittant l'alimentation usuelle, ces individus viennent se soumettre à ce traitement, que depuis vingt ans surtout on ordonne à tous les phthisiques indistinctement?

Mais pour détruire l'abus, ne proscrivons pas l'usage. C'est au régime lacté que s'adressent nos reproches, au lait donné comme principal aliment et comme principal médicament, au lait dangereux qui se consomme à Paris, au lait fade et dépourvu de qualités aromatiques, fourni par les animaux qui paissent dans des plaines humides et surtout marécageuses; or, qui fait aujourd'hui ces distinctions? Mais donné comme simple auxiliaire, avec mesure, en observant ses effets, concurremment avec le traitement général précédemment indiqué, et surtout après lui avoir communiqué des propriétés toniques, le lait devient d'une utilité incontestable. Tel que nous l'administrons, il calme évidemment la chaleur, l'irritation, l'inflammation de la poitrine et la toux, de la même manière probablement que les potions et les tisanes pectorales. Il agit donc sur un des éléments de la maladie, l'élément secondaire; mais il ne peut rien contre les tubercules ni contre l'altération du sang qui les produit, à moins, encore une fois, qu'on ne lui communique des propriétés médicamenteuses balsamiques et aromatiques. Doué de ces propriétés, au contraire, sa double action sur l'altération du sang d'une part, et sur l'irritation pulmonaire, de l'autre, doit le rendre très-précieux et très-efficace. Il justifie peut-être les éloges pompeux que les anciens nous en ont laissés : c'est à de nouvelles expériences à prononcer.

Le traitement général que nous venons d'exposer, convient-il également à toutes les phases de la maladie, à tous les cas et à tous les individus indistinctement? enfin doit-il être modifié d'après les causes diverses qui président au développement des tubercules? Pour répondre à ces questions, il faudrait s'être livré à de nombreuses expériences, à des essais comparatifs sur des masses de malades; et ce n'est pas là l'œuvre de quelques années; ce ne peut pas être même l'œuvre d'un seul homme.

En théorie, il est évident que le traitement général est nécessaire dans toutes les phases de la phthisie : il s'adresse à sa cause prochaine toujours persistante, à sa nature intime qui ne change pas; il doit donc être persévérant et constant comme elles. L'analogie corrobore cette prévision de la théorie. Dans les scrofules, en effet, le traitement spécial a besoin, comme on le sait, d'être continué pendant toute la durée de la maladie; de temps à autre seulement on est obligé de le suspendre, soit qu'il fatigue les voies digestives, soit que les symptômes locaux d'inflammation prennent trop d'intensité. Il est donc probable qu'il en devrait être de même dans la phthisie; probablement aussi en raison de l'importance et de l'irritabilité plus grandes de l'organe affecté, une circonspection plus attentive devrait présider à son emploi. La théorie nous permet de pressentir encore, qu'il ne saurait convenir à tous les cas et à tous les individus indistinctement. Dans ces phthisies rapides, qui, par l'acuité de leurs symptômes inflammatoires, simulent de véritables pneumonies; dans celles qui, sans marcher aussi rapidement vers le terme fatal, sont cependant encore dominées en quelque sorte par les accidents locaux d'inflammation ou de congestion hémorragique; chez les individus sanguins et pléthoriques devenus phthisiques d'une manière accidentelle, on n'y aurait probablement pas recours sans inconvénients, avant du

moins d'avoir dompté les inflammations et les congestions, ou diminué la pléthore. Quant aux modifications qu'il peut recevoir de la nature des causes qui ont fait naître les tubercules, la théorie ne peut pas les prévoir : elle doute même qu'il en soit susceptible. Nos prédécesseurs, jusques et y compris Portal et Baumès, attachaient beaucoup d'importance à la recherche de ces causes; et quand ils croyaient les avoir découvertes, ils leur subordonnaient la nature et le traitement de la maladie. C'est ainsi qu'ils admettaient des phthisies *arthritiques, rhumatismales, syphilitiques,* etc., contre lesquelles ils dirigeaient des antigoutteux, des antirhumatismaux, des antisyphilitiques; mais l'observation des modernes n'a point été favorable à ces distinctions, et Laënnec lui-même les regardait comme hypothétiques. La nature de chaque maladie est une ; et si elle se modifie, ce n'est plus la même maladie ; c'en est une autre qui exige son traitement spécial.

Ve CLASSE. — LÉSIONS D'INNERVATION.

DE L'ASTHME NERVEUX.

La première question qui se présente est de savoir s'il existe un asthme nerveux ; en d'autres termes, une lésion purement nerveuse peut-elle produire une dyspnée notable? Pour résoudre ces questions, il faut avoir recours aux expériences physiologiques et à l'anatomie pathologique.

L'expérimentation prouve que la ligature ou la compression des nerfs qui se rendent aux poumons, provoquent des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent l'asthme nerveux. Ainsi Dupuytren provoquait ou modérait les spasmes de la respiration en augmentant ou en diminuant la compression des nerfs pneumogastriques. Ces expériences ont été répétées par MM. Magendie, Flourens, Dupuy, Charles Bell, etc., et toujours la ligature ou la compression des nerfs de la huitième paire produit la convulsion des muscles de la respiration.

L'anatomie pathologique a confirmé dans plusieurs circonstances les résultats fournis par l'expérimentation. Ainsi, nous avons rapporté l'histoire d'un homme de vingt-quatre ans, chez lequel le décubitus horizontal était impossible, sous peine de suffocation, et qui succomba à un accès de dyspnée extrêmement intense. Quoique pendant la vie, les symptômes simulassent ceux d'une maladie du cœur, nous ne trouvâmes dans aucun des grands viscères aucune altération suffisante pour expliquer les phénomènes morbides, et dans le médiastin antérieur était logée une grosse masse de ganglions tuberculeux, au milieu de laquelle passaient les deux nerfs diaphragmatiques. Il était impossible de suivre ces nerfs à travers les ganglions qui les entouraient; et depuis leur sortie de cette tumeur, jusqu'à leur distribution dans le diaphragme, ils étaient remarquables par leur couleur grisâtre et leur atrophie. Chez un individu qui succomba à tous les accidents de l'asthme, et dont le cœur et les poumons étaient parfaitement sains, M. Jolly a trouvé une altération de la substance nerveuse voisine de l'origine de la huitième paire. Dans plusieurs cas où, pendant la vie, l'on avait observé une dyspnée intermittente, M. Ollivier d'Angers a signalé l'existence de plusieurs altérations de la moelle épinière. Sur un individu qui, pendant la vie, avait éprouvé une dyspnée intense. M. Bérard n'a trouvé d'autre altération qu'une tumeur placée dans l'épaisseur d'un des nerfs diaphragmatiques. La science possède un assez bon nombre d'observations pareilles, qui prouvent qu'une altération du système nerveux de l'appareil de la respiration produit les désordres fonctionnels qui caractérisent l'asthme nerveux.

Maintenant, ces désordres fonctionnels peuvent-ils exister indépendamment de toute altération? Dans notre conviction il est certain que tout trouble dans une fonction doit reconnaître pour cause une altération dans l'organe; mais nous pensons aussi que ces altérations organiques ne sont point toujours appréciables, et il existe, quant à l'asthme nerveux, un certain nombre d'observations où il a été impossible de rapporter à une lésion organique quelconque les désordres fonctionnels observés. Il n'est pas moins légitime de penser, cependant, qu'il existait dans ces cas, une lésion d'innervation, qui ne s'est traduite que par le trouble de la fonction. Qui peut d'ailleurs, dans l'état actuel de la science, se rendre compte de toutes les modifications morbides dont le système nerveux est susceptible? Qui peut dire de quoi dépendent ces dyspnées subides qui arrivent sous l'influence d'une émotion morale de peine ou de plaisir? A quoi tiennent ces suffocations imminentes qui caractérisent si souvent les attaques d'hystérie? N'est-il pas impossible de ne pas les rapporter à une modification quelconque du système nerveux?

Les causes les plus ordinaires sous l'influence desquelles se produisent les perturbations de la respiration, sont les émotions morales, les excès de toute nature, une constitution éminemment nerveuse, l'hérédité, les complications d'autres névroses, comme l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie.

L'asthme nerveux présente ceci de caractéristique, c'est l'état de santé parfaite entre les accès. Ce n'est point qu'à la fin la santé ne puisse se troubler, et que de cette influence, d'abord toute nerveuse, ne puissent résulter l'engouement pulmonaire ou l'inflammation,

ainsi que diverses altérations dans l'appareil circulatoire. Les accès surviennent ordinairement pendant la nuit. Le premier symptôme est un sentiment subit de compression et de resserrement de la poitrine. Le malade est obligé de se redresser sur son séant; la face devient pâle ou violette, les yeux son saillants, les pieds, les mains, le nez et les oreilles se refroidissent, la face et la poitrine se couvrent de sueur. La difficulté de la respiration augmente progressivement; le malade désire un air libre et frais, la parole est impossible ou embarrassée, les muscles du thorax et de la poitrine se contractent convulsivement ou tombent dans un état de spasme; l'inspiration est pénible, l'expiration est lente, tardive, ordinairement ronflante ou sifflante. La toux est fréquente et sèche au début de l'accès; l'agitation et l'anxiété sont extrêmes, la suffocation est imminente. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, deux, trois ou quatres heures, les symptômes diminuent d'intensité; une expectoration abondante se manifeste, et bientôt la rémission est complète. Un état de calme qui permet le sommeil succède à cette scène. Chose bien remarquable, le pouls n'éprouve presque aucune altération pendant l'accès, et n'acquiert que vers la fin un peu de développement.

Le retour de ces accès n'est subordonné à aucune règle générale. Chez quelques malades, ils reviennent tous les jours, chez d'autres tous les mois; il en est chez lesquels ils ne se manifestent qu'une fois tous les ans, tous les deux ans, et même beaucoup plus tard.

Les accès d'asthme qui ne sont liés à aucune altération organique des organes thoraciques, se terminent ordinairement par le retour à la santé; la mort en est rarement la conséquence. On voit des malades vivre fort longtemps avec des accès d'asthme plus ou moins rapprochés, et c'est même un proverbe populaire, que l'asthme est un brevet de longue vie.

Si l'accès d'asthme se présente avec des signes de congestion évidents, vous les combattrez par une saignée, en même temps que vous aurez recours aux révulsifs sur les extrémités. Vous administrerez les infusions aromatiques, les préparations éthérées et camphrées, les antispasmodiques puissants. Un purgatif énergique et rapide, comme l'huile de croton tiglium, peut suspendre l'accès. Dans l'intervalle des accès, vous prescrirez un régime doux, des distractions, des voyages, des bains sulfureux, ou les bains de mer, quelques laxatifs de temps en temps, et sur des sujets forts et pléthoriques l'application de quelques sangsues à l'anus.

(Depuis la dernière leçon de M. Andral sur l'asthme nerveux, le *Journal hebdomadaire* a publié sur ce sujet un excellent travail de M. Amédée Lefèvre, qui nous paraît résumer d'une manière complète nos connaissances actuelles sur ce point de pathologie. Nous croyons être agréable à nos lecteurs en reproduisant ici les parties saillantes de ce Mémoire).

Nous définirons l'asthme, une affection intermittente de la respiration, caractérisée par un trouble extraordinaire dans les phénomènes mécaniques de cette fonction, dans laquelle il n'y a rien de fixe pour le retour des paroxysmes, pour leur durée et pour leur intensité, qui n'est point accompagnée de fièvre, et dans laquelle toutes les apparences du danger le plus grave sont suivies, le plus ordinairement, du calme parfait de l'état normal.

Anatomie pathologique. Nous rattacherons les désordres observés à trois grandes fonctions : 1° ceux des organes de la circulation; 2° ceux des organes de la respiration; 3° ceux des organes de l'innervation.

1° *Désordres de la circulation* : A. *Lésions du cœur:* hypertrophie des ventricules; dilatations anévrismatiques de ses cavités; les ulcérations ont été indiquées par Baillou, Rostan, Bouillaud; son ossification par Bonnet; l'ossification des valvules du cœur, des artères et des veines coronaires, par Rostan, Portal, Leroux.

B. *Lésions du péricarde:* son ossification, notée par Bonnet; son inflammation chronique, par Floyer, Bonnet, Andral; son hydropisie, par Lieutaud, Morgagni.

C. *Lésions des gros vaisseaux :* les anévrismes de l'aorte, son rétrécissement, ses ossifications notés par Corvisart, Wepfer, Rostan.

2° *Désordres de la respiration :* A. *Lésions des bronches :* inflammation chronique, épaississement, rétrécissement, obstruction par du mucus épaissi (Laënnec, Rostan, Andral); développement des ganglions bronchiques (Hoffman, Magistel).

B. *Lésions du parenchyme pulmonaire :* corps développés dans le poumon, tubercules granulenx (Rivière, Laënnec, Bayle); vomiques dans le poumon (Morgagni); emphysème pulmonaire (Laënnec, Breschet, Baillie, Prus); œdème du poumon (Laënnec, Albertini).

C. *Lésions des plèvres;* adhérentes : (C. Lepois, Bartholin, Baillie); hydrothorax (C. Lepois, Morgagni, Lieutaud, Avenbrugger); ossification du diaphragme (Rostan).

3° *Désordres des organes de l'innervation :* A. *Lésions du cerveau :* altération de couleur et de consistance de la substance cérébrale, dans le voisinage de l'origine des nerfs de la huitième paire (Bérard, Jolly); épanchements de sérosité (Willis); altération de couleur et de texture de la masse cérébrale (Georget).

B. *Lésions de la moelle épinière :* induration, ramollissement, plaques cartilagineuses (Ollivier d'Angers).

C. *Lésions des nerfs :* tumeur, altérations cancéreuses des nerfs diaphragmatiques (andral, Bérard); ossification du pluxus pulmonaire (Ferrus).

Si nous voulions ajouter à cette longue énumération les désordres organiques qu'on a supposé pouvoir produire l'affection asthmatique, ceux qu'on a rencontrés dans les autres appareils organiques, tels que ceux de la digestion et ceux de la génération, nous aurions complété l'ensemble des recherches anatomo-pathologiques faites dans le but d'éclairer l'étiologie de l'asthme; mais nous croyons nous être assez étendu sur tout ce qui se rattache aux faits observés, tant pendant la vie qu'après la mort des asthmatiques. Nous allons maintenant nous occuper de l'histoire de cette affection envisagée d'une manière générale.

Symptômes. — L'invasion des accès est presque toujours subite. Quand la maladie est déjà ancienne, ils sont parfois annoncés par des phénomènes précurseurs, dont la nature varie suivant les individus. Chez les uns, c'est un état de météorisme du ventre tel, que les mouvements de la poitrine semblent gênés. Lieutaud a dit: l'asthme est communément annoncé par des rots, par le gonflement de l'estomac. Chez d'autres, c'est un sentiment d'irritation de la muqueuse des voies aériennes, un goût particulier; souvent il y a constipation. Les accès éclatent, en général de dix heures du soir à deux heures du matin (1). Le malade qui s'était couché bien portant, est brusquement réveillé par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine, tout à fait caractéristique de cette affection. La position horizontale devient bientôt impossible ; un sentiment d'ardeur dans les voies respiratoires, fait vivement désirer l'inspiration d'un air frais qui, en effet, procure du soulagement. Une toux pénible et suffocante s'établit, elle n'est accompagnée que d'une faible expectoration de matières visqueuses, la gêne des mouvements respiratoires augmente, l'inspiration peut à peine se faire, l'expiration est lente et accompagnée d'un sifflement remarquable. Souvent la suffocation devient imminente, si le malade ne s'empresse de donner à ses bras un point d'appui solide, pour que les muscles qui se fixent à l'épaule et à la colonne vertébrale puissent concourir à la dilatation du thorax. Quelquefois ceux de la partie postérieure du cou se contractent tellement, qu'ils soulèvent les omoplates *sicut alas,* ainsi que le dit énergiquement Lieutaud. Pendant que les mouvements respiratoires sont ainsi troublés, la face exprime la souffrance ; d'abord pâle, fatiguée, elle se colore lorsque l'accès prend de l'intensité; les yeux deviennent quelquefois saillants; les ailes du nez sont agitées d'un mouvement actif de dilatation et de resserrement; la parole est entrecoupée, pénible ; tout effort pour soutenir une conversation ou pour se mouvoir aggrave les symptômes ; l'obscurité semble agir aussi d'une manière défavorable. Cet état grave persiste pendant un temps dont la durée varie depuis quelques minutes à quelques heures; l'approche du jour tend ordinairement à diminuer la gravité des symptômes ; le calme revient peu à peu, et si une expectoration de matières épaisses, offrant dans quelques cas des caractères spéciaux que nous avons déjà indiqués s'établit, tout rentre dans l'état naturel; les malades ont alors la conscience qu'ils peuvent se livrer au sommeil; il est paisible et procure un plaisir inexprimable. Chez quelques sujets une abondante émission d'urine claire et limpide juge les paroxysmes. Souvent il n'y a que rémission. Alors la respiration reste gênée; il y a de l'oppression pendant le jour, et les symptômes graves reparaissent pendant un certain nombre de nuits consécutives. Toujours à la fin des accès la tête est lourde, pesante, quelquefois elle est douloureuse, et ces céphalalgies occupent tantôt la partie antérieure, tantôt la partie postérieure du crâne.

A mesure que l'expectoration qui juge les accès s'accomplit, les inspirations deviennent de plus en plus profondes et on ressent du soulagement.

La poitrine, percutée pendant les accès, donne souvent un son plus clair que dans l'état normal. Si on l'explore à l'aide du sthéthoscope, on entend un râle sibilant, sec, plus sensible pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Le râle muqueux s'établit à la fin des accès, quand l'expectoration commence à se faire,

Ainsi que le dit M. Jolly, rien de plus variable que l'époque du retour des accès ; ils peuvent être séparés par des intervalles de plusieurs mois et même de plusieurs années; ils peuvent constituer une affection accidentelle produite par certaines influences extérieures, et qui se dissipe avec la cause qui leur a donné naissance; on les a vus se reproduire sous un type intermittent régulier (Medicus, Mongellaz) ; chez un grand nombre de sujets, au contraire, l'asthme se prolonge, les accès se

(1) Cette influence de la nuit sur les asthmatiques a été bien exprimée par M. Alibert, dans sa *Nosologie naturelle :* « Le soir, dit-il, lorsque tant d'in-« dividus avaient cessé leurs plaintes, quand toutes « leurs douleurs semblaient suspendues, les asthma-« tiques seuls s'agitaient dans leur lit et imploraient « vainement le repos; ils se levaient en sursaut et « faisaient retentir l'air de leur toux convulsive et « déchirante; ils attendaient avec impatience la lu-« mière du jour qui signalait communément la ter-« minaison de leurs funestes accès. »

reproduisent avec facilité pour les causes les plus légères et même sans causes bien appréciables ; souvent des lésions organiques viennent le compliquer et rendre le développement des accès plus fréquent.

Causes. On a divisé les causes de l'asthme en prédisposantes et déterminantes. Au nombre des premières on a placé l'hérédité. M. Alibert cite une famille dans laquelle les frères en sont successivement atteints, quand ils ont quarante ans (1). On conçoit que par la génération peuvent se transmettre des dispositions organiques qui rendent plus aptes à contracter certaines affections ; ainsi l'étroitesse du conduit aérien, l'irritabilité extrême des bronches peuvent, selon nous, rendre compte des asthmes dits héréditaires.

Cette maladie, assez rare dans l'enfance, est plus commune dans l'âge adulte. M. Alibert cite cependant un enfant de quatorze ans qui en fut atteint dès sa plus tendre enfance, et un de sept ans, né d'un père asthmatique, qui éprouve de la dyspnée l'hiver (2). Dans la vieillesse elle est plus commune, et alors, presque toujours accompagnée de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

On a dit que le tempérament nerveux prédisposait à cette maladie ; cependant il est d'observation que les femmes et les enfants, chez lesquels ce tempérament existe le plus communément, en sont rarement atteints. Cœlius Aurélianus a dit brièvement : « *Passio* « *hœc gravat atque premit magis mulieri-* « *bus viros et juvenibus senes atque pueros* « *et durioribus natura corporibus tene-* « *riora, hyberno atque nocte magis quàm* « *die vel œstate.* »

Toutes les professions dans lesquelles on est obligé de respirer une atmosphère chargée de molécules irritantes, sont aussi considérées comme causes prédisposantes de cette maladie. Certains oxydes métalliques volatilisés dont l'action sur les muscles de la vie organique est parfois si grande, peuvent produire l'asthme. Tout le monde connaît le fait rapporté par Cullen, de la femme d'un pharmacien qui éprouvait des accès d'asthme chaque fois qu'on pulvérisait de l'ipécacuanha, dans un lieu même éloigné de l'appartement où elle s'enfermait. M. Bosquillon a connu un homme qui éprouvait un accès d'asthme quand on battait du riz dans le voisinage du lieu qu'il habitait.

On pense que le séjour dans certaines contrées prédispose à cette affection ; ainsi, au dire de Scheibner, l'asthme est endémique dans la Saxe inférieure (3) ; suivant Couzier, il est très-commun dans l'île Bourbon ; d'après Hendeson, il existe dans quelques parties de l'Indostan une affection parfaitement semblable à l'asthme spasmodique et qui paraît produite chez quelques indigènes par la réclusion. Zalloni a constaté sa fréquence dans l'Archipel et sur les côtes de l'Asie-Mineure (4). J'ai pu me convaincre par moi-même de la vérité de cette assertion pendant le séjour que j'ai fait dans ces contrées où j'ai eu à lutter contre de douloureux paroxysmes de cette affection.

C'est probablement aux transitions brusques de température qu'est due cette influence fâcheuse de certaines localités ; aussi pourrait-on établir d'une manière générale, que partout où elles se manifestent, les asthmatiques doivent beaucoup souffrir.

Au nombre des causes déterminantes des accès, on doit en général ranger toutes celles qui, d'une manière plus ou moins brusque, plus ou moins intense, peuvent modifier l'état normal de la muqueuse des bronches ; soit qu'elles agissent d'une manière directe, comme les gaz irritants, les poussières de même nature, les boissons alcooliques ; soit qu'elles agissent d'un manière sympathique, comme les affections morales et les nombreuses modifications des agents extérieurs sur l'organisme. Seulement nous ferons observer que, ayant, en général, la faculté de se soustraire immédiatement à l'action des causes qui agissent d'une manière directe, leur effet est bien moins profond et de plus courte durée, tandis que celles qui agissent sympathiquement et qu'on ne peut toujours prévoir, déterminent des accidents plus graves et plus prolongés.

La répercussion brusque de certains flux périodiques, d'éruptions cutanées anciennes, a souvent amené des paroxysmes d'asthme. Fabrice de Hilden rapporte qu'un jeune homme de vingt ans fut pris tout à coup d'un violent accès d'asthme après la disparition d'une affection cutanée produite par un répercussif.

Faits relatifs à l'histoire de l'asthme.

1re *Observation* (de l'auteur). Je suis âgé de 36 ans, mes parents étaient bien constitués, et ont presque toujours joui d'une bonne santé ; mon père est mort à l'âge ne 79 ans, des suites d'un catarrhe pulmonaire chronique qu'il qualifiait d'asthme dont il était atteint depuis plus de 40 ans. Dans mon enfance je n'ai point été malade. A 13 ans, je fus embarqué sur une frégate pendant quelques mois d'hiver ; ce premier séjour à bord d'un bâtiment ne me fit éprouver aucune gêne dans les nouvements respiratoires. A 15 ans, étant à la campagne, où l'on m'avait logé dans un cabinet récemment peint, je fus, pour la première fois, au milieu d'une nuit, éveillé brusquement par un

(1) *Nosologie naturelle,* liv. 1, page 243.
(2) Ploucquet, art. *Dyspnea.*
(3) *Ibid.*
(4) *Thèses de Paris,* 1809, n° 63.

sentiment d'opression tel que je fus contraint de me lever, d'ouvrir ma fenêtre et de respirer l'air frais pendant quelques instants. Le calme se rétablit; cette difficulté de respirer n'eut aucune suite et ne se renouvela pas. A 16 ans, après un voyage pénible par un temps froid, je fus atteint d'une bronchite intense qui dura six semaines; malgré la persistance de la toux et de quelques autres symptômes assez graves, la gêne de la respiration ne fut autre que celle observée dans de semblables affections, et ma santé se rétablit complétement. De 16 à 20 ans, je ne quittai pas Rochefort, ville où je réside habituellement; pendant ce temps ma santé fut bonne, je pus me livrer à tous les exercices de mon âge sans éprouver aucun trouble dans la fonction respiratoire. A cette époque, ayant été passer quelques jours dans une ville voisine, je fus atteint, la seconde nuit que j'y passai, d'une dyspnée assez forte avec toux fréquente; décubitus dorsal impossible, expectoration de mucosités claires, insomnie. Au jour, ces accidents se calmèrent pour reprendre une nouvelle intensité la nuit suivante. Trois nuits se succédèrent ainsi amenant toujours les mêmes accidents. Je me décidai à revenir chez moi, et dès la première nuit le sommeil fut calme et non interrompu. Une expectoration de mucosités épaisses s'établit et bientôt tous les phénomènes d'irritation pulmonaire disparurent entièrement.

A la fin de la même année (1818), ayant été embarqué comme chirurgien-major d'un transport du gouvernement, avec la destination de Nantes, je fus, dès les premières nuits de mon séjour à bord, pris d'un accès d'asthme bien prononcé qui se répéta pendant presque toute la durée du voyage. Alors le séjour au lit était impossible, je ne pouvais respirer que les coudes appuyés sur une table, ou les bras fixés sur quelque corps solide. L'obscurité augmentait l'intensité, la gêne de mes mouvements respiratoires; quelquefois j'étais contraint de monter sur le pont du bâtiment pour respirer un air frais. Au jour, il y avait du calme; mais la respiration restait difficile, et le plus léger mouvement, la plus faible émotion pouvaient la rendre haletante; la phonation se faisait avec peine et me fatiguait beaucoup. Tant que l'expectoration de mucosités épaissies, vermiformes, ne s'établissait pas, je voyais la nuit s'avancer avec peine, car elle m'annonçait le retour de mes souffrances. De retour à Rochefort, je trouvai le calme que j'y avais toujours éprouvé. Dans le mois de décembre de la même année, un voyage à Bordeaux, sur le même navire, rappela les accès d'asthme, qui ne cessèrent encore qu'à mon retour chez moi. En 1819, durant un voyage au Sénégal et un séjour de six mois dans l'intérieur de l'Afrique, où je fus soumis à l'influence d'une température excessivement élevée, je n'eus pas un seul accès de ma maladie. Pendant les années 1820, 1821, 1822 que je passai à visiter Cayenne, les Antilles, le nord du Brésil, à faire par terre un voyage de deux mois dans l'intérieur de la Guyane, je continuai à jouir du calme le plus parfait, et cependant, dans ces diverses excursions, je ne fus pas sans éprouver de grandes fatigues et de nombreuses privations. De retour en France, dans l'été de 1822, je restai à Rochefort jusqu'au mois de décembre, sans éprouver la plus légère atteinte de dyspnée; je me croyais débarrassé de ma maladie, lorsque, dans un voyage que je fis à Poitiers, à cette époque, j'eus, la seconde nuit que j'y passai, un accès assez fort qui se fit ressentir jusqu'à ma rentrée chez moi où, comme d'habitude, le calme se rétablit. En 1823 nouvel embarquement qui dura tout l'été; croisières sur les côtes de la Biscaye, relâches fréquentes dans les ports de cette province, excursions nombreuses dans les montagnes sans éprouver d'anhélation. De 1823 à 1825, séjour à terre, à Rochefort, santé parfaite, respiration complétement libre. A la fin de 1825 je reprends la mer sur un petit navire, pour une campagne dans la Méditerranée. Dès notre première relâche à Cadix où nous éprouvons un froid assez vif, accès intense qui se renouvelle à de courts intervalles, pendant l'hiver de 1825 à 1826.

Dans l'été, éloignement des accès; ils cessent même pendant plusieurs mois et reparaissent avec une nouvelle intensité pendant l'hiver de 1826 à 1827. Alors la respiration est presque constamment pénible jusqu'à l'époque de mon débarquement qui a lieu à Toulon dans le mois d'août. Le retour à Rochefort se fait par terre; un séjour de trois semaines à Montpellier n'est marqué par aucun accident et je reviens chez moi jouir de la tranquilité que j'y ai toujours trouvée.

Au commencement de 1828, un voyage à Paris, un séjour de trois mois dans cette capitale n'occasionnent le développement d'aucun accès. Dans l'été, nouvel embarquement sur une frégate; je n'éprouve de gêne dans la respiration que pendant une courte relâche à Toulon. L'hiver de 1828 à 1829 est très-humide, nous le passons sur la rade de Patras, et malgré de fréquentes promenades dans les montagnes de l'Achaïe, je ne me ressens pas de mon asthme. Dans l'année suivante, pendant une station à Smyrne, j'éprouve un violent accès et dès-lors récidives fréquentes; la respiration est souvent pénible. L'hiver suivant, très-doux sous le rapport de la température, voit reparaître de fréquents accès; je ressens parfois des points douloureux dans les parois de la poitrine, plus particulièrement du côté gauche. Je reviens en France au mois de sep-

tembre, et pendant une semaine de séjour à Toulon, j'éprouve une dyspnée presque constante, avec de violentes exacerbations la nuit. C'est dans cet état que je prends la route de Paris, où j'arrive très-fatigué d'une bronchite et d'un coryza qui étaient venus compliquer mon affection habituelle. La première nuit que j'y passe est calme, celles qui suivent le sont également et pendant trois semaines que j'y reste et que je me livre à des courses fort longues et à des exercices fatigants, ma respiration reprend son rhythme normal et je n'éprouve pas un seul accès d'asthme.

Voici quatre ans que je n'ai point navigué et je n'ai point eu d'accès bien caractérisé. Cependant deux fois je suis allé à Bordeaux dans l'hiver, à la vérité par un temps fort doux, et je n'ai point eu d'accès d'asthme. Les douleurs que j'éprouvais dans la poitrine ont presque complétement disparu. Il ne reste plus qu'un point à la partie postérieure, vers l'attache du grand dorsal, qui se fait encore sentir par intervalles, souvent fort longs. Dès les premières années de mon séjour à terre, j'ai été tourmenté d'un météorisme du ventre qui se manifestait à la suite des repas et pendant lequel la respiration était un peu gênée. De nombreuses éructations amenaient un soulagement instantané. Les fonctions digestives se font bien, l'appétit est bon. Atteint d'un flux hémorrhoïdal depuis 1825, j'éprouve, lorsqu'il s'établit, une amélioration sensible dans cet état flatulent de l'abdomen.

Je me suis peut-être étendu un peu longuement sur l'historique de mes souffrances; mais j'ai cru devoir le faire afin de pouvoir mieux établir mes idées sur la nature de la maladie et sur les circonstances qui peuvent la modifier. Je crois même indispensable de donner encore quelques développements sur plusieurs points que je n'ai fait qu'indiquer.

Dans les premiers temps de la maladie, les accès débutaient d'une manière instantanée et sans phénomènes précurseurs. Au milieu de la nuit, j'étais brusquement réveillé par un sentiment de gêne et d'étouffement; une sorte de constriction me semblait exister au-dessous de la partie supérieure du sternum; maintenant je suis quelquefois averti de l'invasion des accès par un météorisme du ventre, par des éructations nombreuses et par une sorte de tension abdominale, qui se manifeste presque immédiatement après le repas du soir. Quand l'accès commence, indépendamment des phénomènes que je viens d'indiquer, j'éprouve des picottements dans le larynx et l'arrière-bouche, la respiration devient courte, accélérée, sifflante, il y a de la toux fréquente et sèche ou bien expulsion de mucosités claires et filantes qui paraissent provenir de la partie supérieure des voies aériennes. Le décubitus dorsal n'est plus possible, souvent même je ne puis garder la position assise dans mon lit, et je suis obligé de m'asseoir dans une chaise, les coudes appuyés. Dans quelques cas, la gêne est telle qu'il faut me hâter d'ouvrir mes fenêtres pour pouvoir inspirer une air frais. Mais je ne puis respirer sans mettre en jeu, pour opérer la dilatation de la poitrine, des muscles qui, dans l'état normal, n'y contribuent que fort peu; c'est en arc-boutant mes bras contre des corps solides que j'y parviens. L'obscurité augmente l'intensité de ma souffrance, soit qu'elle agisse d'une manière spéciale, soit qu'elle m'enlève des sujets de distraction. Si ce changement de position amène un peu de calme, je dois conserver la position assise jusqu'au jour. Des tentatives pour me coucher sont promptement suivies de la réapparition des accidents. Au bout de quelques heures, les symptômes diminuent d'intensité, quelquefois le sommeil, pour lequel on a une si vive propension, devient possible au jour, la rémission se prononce de plus en plus, et si une expectoration abondante de mucosités épaisses, grisâtres, quelquefois marquées de stries noires et formées de petits cylindres de mucus aggloméré, ayant la forme du vermicelle cuit, s'établit, j'ai la certitude d'une bonne nuit. Si cette expectoration est nulle ou peu abondante, je dois craindre un nouvel accès. Quelquefois plusieurs nuits se succèdent ainsi; enfin l'expectoration vient et le calme renaît, et pour un temps indéterminé. J'ai remarqué encore que lorsqu'à la suite de cette expectoration particulière, se montre une expuition de mucus jaunâtre, épais, tel que celui qui se sécrète dans les bronchites, je suis presque sûr, tant qu'elle persiste, de ne pas éprouver de dyspnée. Dès que le mucus reprend ses qualités ordinaires, un accès d'asthme est possible.

La muqueuse qui tapisse les voies aériennes est chez moi d'une sensibilité exquise; je contracte avec la plus grande facilité des corizas et des bronchites qui sont bien accompagnés de dyspnée et d'un léger sifflement dans l'inspiration, mais qui n'occasionnent pas d'asthme proprement dit. Ma poitrine est sonore, mon pouls régulier. Jamais je n'ai ressenti de palpitations; je puis courir, monter, descendre, faire un exercice fatigant et rapide, sans éprouver trop d'anhélation; cependant, j'ai habituellement la respiration un peu courte. L'irritabilité de ma muqueuse bronchique est telle que je ne puis respirer un air chargé de poussière ou de tout autre corps irritant, sans ressentir, presqu'à l'instant même, la constriction sous-sternale qui, selon moi, est un des principaux caractères de l'asthme. Je me souviens, à cette occasion, que, dans le cours de l'hiver de 1826, où j'eus de fréquents accès, voulant un jour faire parfumer le navire sur lequel j'étais embarqué,

et présidant moi-même à cette opération, je respirai maladroitement le gaz qui se dégageait du parfum guytonien, et je fus aussitôt saisi d'un sentiment de suffocation si grave, qu'il me fallut fuir promptement le lieu où était le parfum, pour respirer un air pur. Pendant quelques instants j'éprouvai des angoisses très-vives; le calme revint peu à peu, mais durant plusieurs jours je conservai une dyspnée plus forte que d'habitude.

Toutes les espèces de poussière n'agissent pas avec la même activité pour produire ces accidents d'asthme. J'ai remarqué que celle qui s'échappe des matelas que l'on carde, des lits que l'on fait, des appartements que l'on balaye, des vêtements ou des tapis que l'on bat, est plus active que celle que soulève le vent sur les routes, ou qui s'échappe des sacs de farine ou de cendre.

Relativement aux localités, il est constant que dans les pays plats, marécageux, où l'air, plus humide, semble jouir d'une plus grande densité, mes accès sont presque nuls. Par opposition, dans les pays montueux, où la température subit de fréquentes variations, où l'air est plus sec et plus vif, je suis presque toujours souffrant. J'ai constaté l'influence fâcheuse de certaines localités; ainsi, toutes les fois que je suis allé à Smyrne, j'ai eu de graves paroxysmes, et il en a été de même dans mes divers séjours à Toulon. Quant à la température, celle des climats intertropicaux m'a constamment été favorable. Jamais, durant le temps que j'y ai séjourné, je n'ai éprouvé de trouble dans la respiration; par la même raison, l'été, dans les climats tempérés, est la saison qui me convient le mieux.

Au nombre des causes qui peuvent m'occasionner des accès d'asthme, je place parmi les plus actives, l'ingestion de liqueurs fortement alcooliques; après les substances irritantes directement portées sur les bronches, ce sont elles qui, selon moi, agissent avec le plus de promptitude.

Deuxième observation. M. T., mon collègue et mon ami, atteint comme moi de l'affection asthmatique, a bien voulu me donner sur ce qu'il éprouve les renseignements suivants que j'ai cru devoir transcrire textuellement.

« Je ne puis préciser l'époque à laquelle j'ai « été atteint de l'asthme nerveux : cependant « je me souviens que c'est depuis l'âge de la « puberté. Étant enfant, je m'étais déjà aperçu « que la course me fatiguait beaucoup et « qu'en raison de la gêne que j'éprouvais dans « la respiration, je ne pouvais y résister « longtemps. Peut-être cette maladie est-elle « la conséquence d'une affection de poitrine « fort grave que je contractai dans mon jeune « âge et qui faillit compromettre ma vie.

« Voici les renseignements que je puis « vous donner sur cette fâcheuse maladie.

« Quelques jours avant l'invasion, lorsque « celle-ci n'est pas subite, j'éprouve une ar- « deur légère au larynx et dans les oreilles, « et je ressens un goût particulier qu'il m'est « impossible de caractériser, mais qui m'an- « nonce positivement les accès. Ma respiration « est un peu sifflante dans les mouvements de « la locomation; ma face rougit, mes yeux « sont injectés; j'ai le sommeil inquiet et fa- « tigant; du reste mon appétit est bon et je « n'éprouve de répugnance que pour la con- « versation qui me fatigue beaucoup.

« Je reste quelques jours dans cet état, pen- « dant lesquels les accidents vont croissant « en intensité jusqu'à ce que l'accès se carac- « térise, ce qui arrive presque toujours de « minuit à deux heures du matin. Alors diffi- « culté extrême de respirer, anxiété, menace « de suffocation, inspiration sifflante, impos- « sibilité de rester couché. Sentiment très-vif « de constriction à la partie supérieure et an- « térieure de la poitrine, yeux saillants, « pommettes rouges, céphalalgie, besoin de « respirer un air frais qui m'oblige à me pré- « cipiter vers la fenêtre, et là, debout, les « coudes appuyés, le corps penché en avant « et dans une inaction complète, je ne tarde « pas à éprouver un soulagement qui disparaît « aussitôt que j'abandonne cette position. « Après deux ou trois heures, quelquefois « davantage, je peux m'asseoir, abandonner « la fenêtre et m'appuyer la tête sur un oreil- « ler placé de telle manière que je ne sois pas « obligé de me baisser beaucoup pour m'y « reposer. Dans cette attitude j'attends les « approches du jour qui rarement arrive sans « que j'aie éprouvé assez de soulagement pour « pouvoir me mettre au lit, but de tous mes « désirs, car j'y trouve, quoique d'une ma- « nière imparfaite, un soulagement aux fati- « gues de la nuit.

« Je suis averti de la cessation prochaine « du paroxysme par une excrétion d'urine et « par une expectoration qui me soulage beau- « coup. Cette expectoration offre ceci de par « ticulier que les crachats qui en résultent « sont en filaments, d'une consistance un peu « ferme, repliés sur eux-mêmes un grand « nombre de fois et paraissant s'être moulés « dans les ramifications extrêmes des bron- « ches, où ils auraient séjourné et, selon moi, « été une cause de la gêne de la respiration; « sans que je considère cette cause comme « essentielle à la maladie.

« La journée qui suit cette première nuit « orageuse est, de même que celles qui sé- « parent les paroxymes, fort pénible; la res- « piration est loin d'être libre, elle devient « parfois très-gênée, surtout lorsqu'il faut « faire quelque exercice violent. Cependant ces

« accidents seraient bien supportables si je « n'avais en perspective ceux qui doivent se « renouveler la nuit suivante ; en effet, dès « que j'approche du lit, je commence déjà à « m'apercevoir que l'introduction de l'air de- « vient plus difficile. Néanmoins, la position « horizontale est encore supportable, le som- « meil même est possible jusque vers minuit, « heure à laquelle les accidents de la veille « reparaissent avec plus ou moins d'inten- « sité.

« Ces accès durent ordinairement de trois « à cinq jours. J'ai observé qu'ils avaient « d'autant moins de durée qu'ils offraient « moins de complication et que la cause déter- « minante agissait d'une manière plus directe. « Ainsi, lorsque la maladie est produite par « des vapeurs irritantes ou des corps pulvéru- « lents, les accès se bornent en général à un « seul paroxysme ; mais il n'en est pas de « même lorsque la cause est sympathique ou « qu'il y a complication d'inflammation des « bronches.

« Dans un voyage que je fis, dans l'hiver de « l'année dernière, dans le midi de la France, « je contractai une bronchite qui fut de suite « accompagnée d'accès d'asthme fort intenses, « qui rendirent mon voyage fort pénible. Les « accès duraient huit à dix jours et n'avaient « que de très-courts intervalles, de sorte que « pendant deux mois je fus presque conti- « nuellement sous l'empire de cette doulou- « reuse maladie, ce que je n'avais jamais « éprouvé.

« Quand l'accès dure plusieurs jours, je « ressens une douleur assez vive dans les « muscles dilatateurs de la poitrine et parti- « culièrement dans la portion supérieure du « grand pectoral. Cette douleur est quelque- « fois presque aussi insupportable que la dys- « pnée ; elle s'explique facilement par le jeu « forcé de ces organes qui font des efforts « considérables pour dilater le thorax.

« Peu à peu toutes les fonctions reprennent « leur marche naturelle, et il ne me reste de « mes accès que le souvenir du mal que j'en « ai ressenti. Cependant les exercices forcés, « tels que la course ou la marche précipitée, « rendent ma respiration un peu sifflante.

« Contrairement à l'opinion de quelques « auteurs, j'ai observé que les inspirations « sont beaucoup plus difficiles que les expira- « tions ; aussi les muscles inspirateurs éprou- « vent-ils une fatigue extrême.

« Les intervalles qui ont séparé mes accès « ont beaucoup varié ; dans les premiers temps « de la maladie, j'avais jusqu'à trois accès par « mois, et la différence des saisons apportait « peu de changement dans leur fréquence. « Depuis 1825, je m'aperçois que les inter- « valles vont toujours croissant : car je suis « quelquefois près de deux ans sans ressentir « d'atteintes, et le mieux a été si sensible une « fois que j'ai eu l'espérance d'une guérison « radicale ; mais le plus léger excès ou l'inob- « servance des précautions que j'emploie pour « maintenir ma santé dans son état normal, « me font éprouver certaines sensations qui « m'avertissent que mon ennemi est toujours « là et que ma surveillance ne doit pas se ra- « lentir un seul instant.

« J'attribue l'amélioration de mon état, « beaucoup moins aux médicaments qu'aux « soins hygiéniques auxquels j'ai recours pour « repousser les accès. Ces moyens consistent « dans l'usage de gilets de flanelle sur la peau, « dans la précaution de porter des socques ou « des claques, de manière à éviter le froid ou « l'humidité des pieds ; dans l'abandon du jeu « d'un instrument à vent dont je me servais « trop souvent ; dans le soin de mettre un « mouchoir sur ma bouche quand je suis obligé « d'aller contre un vent froid et vif ; dans la « privation absolue des liqueurs alcooliques « ou des aliments indigestes ; dans l'attention « de ne pas m'exposer aux vapeurs irritantes « et à la poussière, surtout celle qui s'échappe « des vieilles tapisseries qu'on déchire, du « foin qui sert à l'emballage des meubles qu'on « démonte ou qu'on change de place. La pous- « sière des chemins, de la farine, du plâtre, « de la sciure de bois, ne m'incommode pas.

« Ma susceptibilité est si grande pour les « vapeurs sulfureuses, que je ne peux mettre « le feu à une allumette sans avoir la précau- « tion de l'éloigner de toute la longueur de « mon bras et de détourner la tête pour qu'au- « cun atôme de vapeur ne puisse s'introduire « dans ma poitrine. Il est vrai que dans cette « circonstance les accidents cessent presque « aussitôt que la cause a disparu.

« Mon peu de confiance dans l'emploi des « médicaments qu'on a préconisés pour la gué- « rison de cette maladie, et la presque certi- « tude que j'ai de son incurabilité, m'ont « éloigné d'avoir recours aux agents nom- « breux de la matière médicale. Une fois j'ai « fait une application de sangsues sous les « clavicules, dans une circonstance où j'é- « prouvais une gêne extrême dans la respira- « tion ; et pour satisfaire à quelques instances « amicales, faites par des collègues, j'ai aussi « mis en usage les bains généraux, mais tout « cela sans soulagement.

« Je ne puis donner d'éloges qu'à un seul « moyen (que je puis affirmer être un excel- « lent palliatif), dont plusieurs asthmatiques « m'avaient conseillé l'usage ; je m'en suis « servi dans sept ou huit circonstances, et « toujours avec succès : ce moyen consiste à « fumer, dans une pipe ordinaire, les feuilles « du *datura stramonium*, mêlées à un peu « de tabac. Le soulagement ne commence à « se manifester qu'au moment où on éprouve

« une espèce de vertige qui indique que le « médicament opère. Alors les accidents sont « presque entièrement enlevés, et le som- « meil devient possible; mais le paroxysme « suivant n'en arrive pas moins avec toute « son intensité.

« Je me trouve bien aussi des boissons chau- « des prises en grande quantité : elles déter- « minent une détente, favorisent la sécrétion « urinaire et l'expectoration. »

Réflexions. — Ces deux observations, bien que présentées par des sujets de constitution différente, offrent beaucoup d'analogie. Chez tous deux, le changement de lieu et l'action des vicissitudes atmosphériques ont une grande influence pour le renouvellement des paroxysmes. Le voyage dont parle M. T. se fit dans l'hiver, et pendant toute sa durée il eut la respiration gênée. Depuis son retour il n'a eu qu'un seul accès. Un fait, selon moi, fort important pour établir l'étiologie de l'asthme, et qui a été négligé par les observateurs, s'y trouve également constaté : c'est celui relatif à la nature et à la forme des crachats qui jugent les paroxysmes. Cette disposition du mucus épaissi ayant pris la forme des petites bronches et offrant quelquefois des étranglements d'espace en espace, et même des globules d'air emprisonnés, a une ressemblance très-grande avec l'empreinte des bronches prise à l'aide de matières qu'on y a injectées, et mérite toute notre attention.

Nature et Siége. Maintenant, quelle est la nature de l'asthme? quel est son siége? Ces questions ne sont pas aussi faciles à résoudre qu'on le pense; la variété des désordres organiques trouvés après la mort a amené beaucoup de divergence dans les opinions des auteurs; cependant nous croyons pouvoir aider leur solution en faisant ici un résumé aussi succinct que possible.

Galien admettait comme cause d'asthme, des humeurs épaissies, pituiteuses et des tubercules. On sait que ce médecin le confond avec les troubles de la respiration.

Celse (1) confond aussi l'asthme avec la dyspnée et l'orthopnée; il en fait une lésion intermédiaire entre ces deux troubles de la respiration, et la regarde comme due à l'étroitesse des parties.

Arétée (2), dans sa belle description de cette maladie, semble aussi pencher pour cette opinion.

Avicenne (3) et les Arabes trouvent aussi que l'asthme a beaucoup d'analogie avec les paroxysmes d'épilepsie et de spasme. Il dit qu'il est produit par une humeur grossière qui pénètre dans les conduits respiratoires, ou par les humidités qui tombent de la tête sur les parties basses.

Van Helmont (4) croit que l'origine de l'asthme est dans un principe violent qui provient de l'essence de quelques viscères. La propriété de cette cause est de faire contracter les conduits du poumon qui transmettent l'air dans le thorax. Plus loin il lui donne le nom d'épilepsie du poumon.

Sennert (5), indépendamment des causes admises par Galien, dit que l'étroitesse des bronches doit y concourir. Pour le prouver, il entre dans des considérations fort longues sur les causes qui peuvent amener ce rétrécissement, soit qu'il dépende d'humeurs contenues dans les bronches ou d'humeurs contenues dans les poumons.

Rivière (6) pense que l'humeur qui produit l'asthme tombe de la tête sur le poumon et obstrue les bronches. Si cette humeur coule dans les bronches, l'asthme avec bruit est produit; si elle stagne dans la substance pulmonaire, elle produit l'asthme bâtard ou sans bruit.

Sydenham (7) place l'asthme parmi les maladies de poitrine, entre la dyspnée et l'orthopnée, formant ainsi trois espèces de dyspnée. Dans la première, dit-il, les poumons sont obstrués, et les bronches le sont dans la seconde.

Voici ce que dit Bonnet (8), sur la nature de l'affection qui nous occupe : « *Secundo tracheæ ductus, non nunquàm à fibris eorum spasmodicè affectis, propriùs, contracti et occlusi aeri ad debitam inspirationem aditum negant : hinc cùm nulla sit in pulmonibus obstructio, aut mala conformatio nulla insuper diatheses tabida, tamen a fibris istis prœter naturaliter convulsis et simul contractis asthmatis paroxysmi horrendi sœpè oriuntur. Prœter hos inspirationis lœsœ casus, subsunt quidam alii qui propter aerem in primo aditu ruddunt respirationem difficilem.* »

Willis (9) admet trois espèces d'asthme. Il dit à ce sujet que les anciens médecins et la plupart des modernes ne connaissent que la première, en établissant comme cause unique de cette maladie l'étroitesse des bronches (soit qu'elle résulte de l'obstruction ou de la contraction de ces conduits) qui, ne leur permettant plus d'admettre une quantité d'air convenable, fait que les organes de la respiration fonctionnent avec peine; la seconde espèce qu'il propose d'admettre est la convul-

(1) Lib. 4, *De re medicâ.*
(2) Arétée de Cappadoce, lib. 1.
(3) Lib. 3, page 481.
(4) Vol. 1, page 222.
(5) Lib. 2, cap. 2, part. 3, 379.
(6) Lib. 7, page 245.
(7) *OEuvres de Médecine pratique*, t. 2, p. 322.
(8) *Sepulchretum*, lib. 2, sect. 1.
(9) *De medicamentorum operationibus*, caput. 12, page 107.

sive dans laquelle la matière morbifique partant de divers points, peut se porter sur tous les organes qui servent à la respiration, et paralyser leur action ; la troisième espèce est l'asthme mixte qui se rattache à la fois à ces deux causes.

F. Hoffman (1) admet aussi plusieurs espèces d'asthme selon que la cause qui le produit est du mucus qui obstrue les bronches, ou un état spasmodique des organes consacrés à la respiration.

Sauvages (2) a placé l'asthme dans la 5e classe, qui comprend les anhélations, 2e ordre, asthme. Selon ce nosologiste, le principe morbifique et prochain de l'asthme consiste dans un obstacle, qui, revenant périodiquement, s'oppose aux mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement du poumon. Il ne se prononce pas sur la nature de cet obstacle.

Cullen (3) a classé l'asthme parmi les affections spasmodiques des fonctions vitales. Suivant lui, la cause prochaine de cette maladie consiste dans une contraction spasmodique des fibres musculaires des bronches, laquelle s'oppose non-seulement à la dilatation nécessaire pour que l'inspiration soit libre et entière, mais produit aussi une rigidité qui empêche que l'expiration ne se fasse librement et complétement.

Pinel (4) dans sa *Nosographie philosophique*, place l'asthme parmi les névroses de la respiration, 2e sous-ordre, 37e genre.

Michel Ryan (5) auteur d'un ouvrage publié en 1798, attribue l'asthme à l'impression de l'air froid sur le poumon et au spasme tonique de l'organe, qui en est la suite.

Fédérigo pense que tout ce qui peut léser les mouvements expirateurs peut devenir cause de l'affection asthmatique. Une de ces causes peut résulter de ce que le larynx, la trachée-artère et les bronches, devenus durs, inflexibles ou contractés spasmodiquement, s'opposent à la libre entrée de l'air.

Robert Brée (6), qui était asthmatique, admettait quatre espèces d'asthme. Il définit cette maladie une contraction excessive des muscles de la respiration, sans fièvre, et déterminée par une irritation qui a son siége dans quelques viscères aux fonctions desquelles ces muscles participent.

Laënnec (7) regarde le catarrhe pulmonaire chronique comme la cause la plus ordinaire de l'asthme. Il a reconnu, après Reisseissen, l'existence de fibres musculaires autour des ramifications bronchiques, et il est convaincu que les vésicules pulmonaires, ainsi que ces ramifications, peuvent se contracter spasmodiquement.

M. Delens (8) place le siége de l'asthme dans les cellules bronchiques et plus particulièrement dans l'appareil musculaire de Reisseissen. Selon lui, le râle sibilant sec ne provient que du rétrécissement de l'orifice des vésicules.

M. Bégin (9) croit que la cause de l'asthme est une irritation portée sur la membrane muqueuse des voies respiratoires, et qui détermine secondairement la contraction sympathique des muscles des bronches et des parois de la poitrine.

M. Bricheteau (10) semble partager l'opinion de M. Bégin, qui place la cause première de l'asthme dans la membrane muqueuse du poumon irritée ou enflammée, en demandant toutefois qu'on laisse le nom d'asthme à cette espèce de phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches susceptible de produire un resserrement ou une obstruction de ces conduits aérifères. Peut-être, dit-il, les nerfs jouent-ils un rôle dans ce resserrement spasmodique.

Reisseissen et M. Cruveilhier (11), après une suite d'expériences entreprises dans le but de déterminer la disposition anatomique et l'action physiologique de l'appareil musculaire bronchique, se sont crus fondés à admettre que dans l'asthme il y a rétrécissement des bronches dû au spasme des fibres musculaires qui les composent.

M. Broussais (12), après avoir placé l'asthme parmi les névroses des fonctions intérieures, affirme que la cause des phénomènes qui constituent l'asthme réside dans un état spasmodique du cœur, considéré comme régulateur principal de la respiration. Du moment où son action est troublée, celle des poumons l'est également.

M. Rostan (13) déclare que l'asthme est toujours une affection symptomatique d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux.

Enfin Georget (14) dit que la cause des phénomènes de l'asthme doit être cherchée dans le cerveau et le rachis et non dans le cœur ou le poumon.

On voit, d'après cet exposé, que l'opinion dominante sur la nature de la maladie que nous étudions est qu'elle est due à un rétrécissement momentané des tuyaux bronchiques ; seulement la cause de ce rétrécissement est diversement expliquée. Plus on se rapproche

(1) *Opera omnia*, t. 3, sect. 2, cap. 2, p. 36.
(2) *Nosologie méthodique;* t. 2, page 90.
(3) *Eléments de Médecine pratique*, t. 3, page 582.
(4) *Nosographie philosophique*, t. 3, p. 256, 5e édit.
(5) Sprengel, *Histoire de la Méd*, t. 6.
(6) *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, traduit par Ducamp, 1819.
(7) *Auscultation*, t. 2, p. 280, 3e édition.
(8) *Biblioth. méd.*, t. 73.
(9) *Journ. complém.*, t. 5.
(10) *Archives générales*, tome 9.
(11) *De fabrica pulmonum anatom. pathol.*
(12) *Commentaire des propositions de pathologie*, page 597.
(13) *Nouveau Journ. de méd.*, sept. 1818.
(14) *Physiologie du système nerveux*, t. 2, p. 406.

de l'époque actuelle, plus il y a d'accord pour l'attribuer à un spasme des muscles des bronches. La structure musculaire des conduits aériens, entrevue par Morgagni, n'a été bien démontrée que par les travaux de Reisseissen, qui ont paru au commencement de ce siècle. C'est de cette époque que date également une plus grande uniformité de sentiments sur la nature de l'asthme. En déclarant que c'est aussi le nôtre, et que nous adoptons plus particulièrement les idées de MM. Bégin, Bricheteau et Laënnec, nous croyons devoir présenter les raisons qui nous ont convaincu, et déduire également celles qui nous ont fait rejeter les idées de MM. Rostan et Georget.

Formulant notre pensée, nous disons que l'asthme est dû à une contraction spasmodique des bronches qui peut être produite par toutes les causes qui agissent, soit d'une manière directe, soit d'une manière sympathique, sur la membrane muqueuse pulmonaire.

Les muscles des bronches, aidant probablement à l'action que l'air exerce sur le sang, ont aussi pour fonction, ainsi que l'a démontré M. Brachet, d'aider à l'expulsion des mucosités qui peuvent s'accumuler dans ces conduits. Placés parmi les muscles de la vie organiques, ils sont doués des mêmes propriétés et soumis comme eux à l'influence des modifications de la membrane muqueuse qui leur est subjacente. Béclard (1) dit à ce sujet : « L'irritabilité ou la susceptibilité à la contraction des muscles intérieurs est surtout remarquable, en ce qu'elle est naturellement excitée par des agents locaux, qui agissent sur la fibre par l'intermédiaire de la membrane qui la recouvre, d'autres fois la cause agit d'une manière sympathique : ainsi la titillation du gosier, la présence d'une bougie dans l'urètre, d'un suppositoire dans l'anus déterminent l'action de l'estomac, de la vessie et de l'intestin. » Il aurait pu ajouter un coryza, une angine amènent la contraction des bronches.

Cette contraction est, selon moi, positivement démontrée par tous les symptômes qui caractérisent l'asthme : ainsi le resserrement de la poitrine qu'éprouvent les asthmatiques indique une contraction bronchique. On pourrait au besoin en trouver la preuve dans une observation de M. Andral, consignée dans les *Archives de Médecine,* pour l'année 1834. Un homme, âgé de 31 ans, succomba à la suite d'une bronchite chronique. Depuis longtemps il éprouvait une sorte de *serrement* un peu au-dessus du sein droit. Après la mort, mort, on trouva un rétrécissement permanent de la bronche principale du lobe supérieur du poumon droit. La difficulté avec laquelle se font les inspirations, les puissances musculaires mises en jeu pour les accomplir, indiquent encore une diminution de capacité dans les canaux qui donnent passage à l'air dans l'état ordinaire; le râle sibilant sec qui se fait entendre ne peut provenir que d'un rétrécissement des parties.

(1) *Anatomie générale,* page 547.

Pour prouver maintenant que ce rétrécissement est dû à un spasme musculaire des tuyaux bronchiques, il suffit de se rappeler la marche de la maladie, son intermittence irrégulière, la promptitude avec laquelle elle se déclare, et celle parfois égale avec laquelle elle disparaît; sa faculté d'alterner avec d'autres affections spasmodiques des muscles de la vie intérieure, ainsi qu'a pu le constater Bonnet (2); enfin la suppression de l'expectoration pendant les accès, la forme des crachats quand ils cessent. Les matières de couleur nacrée vermiforme, dans lesquels se trouvent parfois emprisonnés des globules d'air, et qui, dans d'autres circonstances, sont tachées par des stries de la matière noire des glandes bronchiques, ne prouvent-elles pas que l'action expulsive des fibres musculaires des bronches, empêchée par le spasme qui s'est emparé d'elles, en a déterminé la stase dans les dernières ramifications bronchiques, et que là, soumises à une pression musculaire, elles se sont épaissies et ont pris la forme des canaux qui les contenaient ? Le volume de ces petits cylindres de mucus ne peut jamais être considérable, parce que partout où il y a apparence de points cartilagineux, le resserrement bronchique ne pouvant être complet, l'expulsion du mucus peut encore se faire. Quand le spasme cesse, l'action expulsive des muscles se rétablit, et ces corps sont entraînés au dehors en procurant un très-grand soulagement. L'exhalation normale, qui commence à se rétablir au moment où le spasme cesse, est sans doute pour quelque chose dans l'expulsion de ces amas de mucosités.

Nous trouvons de nouvelles preuves à l'appui de notre opinion, dans l'étude d'action des causes déterminantes des accès d'asthme. Les plus promptes sont celles qui sont portées d'une manière directe sur la muqueuse pulmonaire. Il est facile d'expliquer le mécanisme par lequel elles agissent chez les personnes qui y sont prédisposées. L'usage des boissons alcooliques donne lieu fréquemment à des accès d'asthme : on se rend raison de ce résultat en se rappelant que la membrane muqueuse pulmonaire est une des voies principales d'exhalation pour les substances volatiles portées dans le torrent circulatoire, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MM. Breschet et Milne Edwards (1) ; et qu'ainsi des molécules irritan-

(2) Lib. 2, sect. 1, obs. 167.

(3) *Répertoire général d'anatomie et de physio-*

tes, promptement mises en contact avec cette membrane, peuvent occasionner son spasme.

L'action des causes sympathiques s'explique aussi très-facilement en ayant présent à l'esprit : 1° la solidarité qui existe entre la membrane muqueuse pulmonaire et l'enveloppe cutanée ; 2° que c'est le premier contact de l'air sur la peau, qui détermine la première inspiration, et que c'est aussi à une impression vive de cet agent qu'on a recours pour rétablir la respiration dans les cas d'asphyxie; 3° combien les diverses conditions de sécheresse et d'humidité de l'air, d'agitation ou de repos de ce fluide, de son état électrique (1) peuvent modifier la nature et la quantité des produits des surfaces cutanée et pulmonaire. On ne doit donc pas être surpris du rôle important que jouent tous ces changements dans la production des paroxysmes de l'asthme.

Une dernière considération en faveur de l'opinion qui établit la muqueuse pulmonaire comme siége de l'asthme, c'est son état pathologique dans un très-grand nombre de cas. Ainsi M. Rostan lui-même, dans le Mémoire où il veut prouver que l'asthme est toujours une affection symptomatique d'une lésion du cœur et des gros vaisseaux, dans six autopsies qu'il décrit, mentionne la rougeur, l'inflammation ou l'épaississement des bronches dans cinq, et dans la sixième il ne parle pas de l'état de ces parties (2). On ne devrait pas être surpris d'ailleurs de ne rien trouver dans les organes, si la maladie était récente, si les accès avaient été séparés par de longs intervalles, car le trouble momentané dont elles sont le siége a besoin d'être renouvelé un grand nombre de fois pour laisser des traces matérielles.

Il nous reste maintenant à examiner l'opinion de ceux qui ont regardé les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, comme causes constantes de l'asthme. Cette opinion est encore partagée par un grand nombre de médecins. En 1818 et 1819, M. Rostan, médecin de la Salpêtrière, publia, dans le *Nouveau Journal de Médecine,* un Mémoire dans lequel il déclara que l'asthme est toujours une affection symptomatique, et qu'il n'a jamais rencontré de cas où les symptômes qui caractérisent cette affection, ayant existé, il n'ait, après la mort, rencontré des désordres plus ou moins étendus dans les organes de la circulation. Une assertion aussi absolue souleva une vive polémique parmi les médecins. MM. Ducamp, Blaud, Bégin, combattirent avec avantage l'opinion du médecin de la Salpêtrière, qui fut soutenue par les docteurs Pascal, Harmant de Montgardy et quelques autres praticiens. Nous croyons 1° que les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, qui en effet s'observent souvent à la suite des asthmes anciens, sont, dans la généralité des cas, l'effet de la maladie, et par suite ses plus graves complications; 2° que le spasme bronchique qui constitue l'asthme peut être produit chez les sujets atteints de lésions organiques du cœur, mais qu'il n'en est pas la conséquence nécessaire, et que même, dans la généralité des cas, la dyspnée qu'ils éprouvent a un tout autre caractère.

Celle-ci, en effet, n'a point de périodicité marquée; elle survient aussi bien le jour que la nuit; bien rarement la respiration est complétement libre, pour peu que les malades agissent au soient un peu vivement impressionnés ; mais la dyspnée qui survient n'est point accompagnée du sentiment de constriction sous-sternale que ressentent les asthmatiques, et qui caractérise si bien l'invasion de leurs accès.

Dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, le calme et le repos procurent du soulagement. C'est au contraire après quelques heures de sommeil que l'on voit éclater les accès d'asthme.

Chez les asthmatiques, la poitrine percutée donne une résonnance quelquefois plus grande que dans l'état ordinaire ; tandis que dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, un défaut de résonnance, dans une étendue plus ou moins considérable, indique le siége de ces affections. Chez les premiers, les mouvements du cœur sont ordinaires ; il n'y a pas d'irrégularité dans ses battements, ni dans ceux du pouls. La face n'est pas bouffie ; elle est rarement colorée, ainsi qu'on l'observe chez les anévrysmatiques.

Admettant que l'asthme soit une affection symptomatique des lésions du cœur et des vaisseaux, pourquoi les symptômes étant toujours les mêmes, les désordres trouvés après la mort sont-ils si variés? pourquoi chez un grand nombre de sujets, où les accès d'asthme

logie pathologique et de clinique chirurgicale, tome 2, 1re partie, 1826.

(1) Un phénomène qu'il convient de se rappeler, lorsqu'on veut expliquer l'action des vicissitudes atmosphériques sur la muqueuse pulmonaire, est celui qui a été constaté par Edwards, dans son *Traité de l'influence des agents extérieurs sur la vie :* Dans les lieux élevés où l'air est habituellement sec et froid, il y a augmentation notoire de la transpiration par évaporation, soit cutanée, soit pulmonaire. Selon ce physiologiste, cette augmentation agit d'une manière sensible dans la production du sentiment de gêne et d'anxiété qu'on éprouve sur les montagnes élevées. Il y contribue plus que la rareté de l'air à laquelle on l'attribue communément. Une action semblable est produite dans les lieux chauds et arides par la sécheresse du vent. On voit que si dans l'état sain ces causes peuvent amener du trouble dans la respiration, à plus forte raison elles doivent le faire chez ceux qui sont prédisposés à l'asthme.

(2) *Nouveau Journal de Médecine*, 1818 et 1819.

étaient bien caractérisés, n'a-t-on rien trouvé dans les organes de la circulation qui pût rendre raison de leur production? Dans l'opinion de ceux qui font résider la cause de l'asthme dans l'ossification des gros vaisseaux, et plus spécialement de l'aorte, pourquoi les jeunes gens sont-ils asthmatiques, puisque ces ossifications sont, dit-on, le résultat des progrès de l'âge? Pourquoi enfin les paroxysmes d'asthme, ainsi qu'on l'observe souvent, deviendraient-ils moins fréquents à mesure qu'on avance en âge, quand le développement des ossifications suit une marche inverse? Pourquoi, si ce n'est que l'existence de cette maladie est étrangère à la lésion de ces organes? Une raison qui doit encore isoler l'asthme des affections organiques du cœur, c'est que, malgré l'appareil souvent très-grave de ces symptômes, il n'y a pas de danger réel, tandis que dans les lésions des organes de la circulation, la terminaison est presque toujours funeste.

Si nous avons réussi à prouver que les symptômes de l'asthme ne se rattachent point à l'existence des lésions organiques de l'appareil circulatoire, il nous reste à expliquer comment ces lésions se rencontrent aussi fréquemment chez les personnes qui ont longtemps offert des paroxysmes de l'asthme. Que se passe-t-il dans ces maladies? Une convulsion passagère des muscles bronchiques apporte un obstacle au trajet du sang à travers la muqueuse pulmonaire. De proche en proche il y a engorgement dans les divisions de l'artère pulmonaire, l'action du ventricule droit augmente pour surmonter la résistance qui lui est momentanément opposée, et il est aisé de concevoir que cette cause incessamment renouvelée peut amener une lésion matérielle de ce ventricule. Les faits répondent en quelque sorte à cette théorie; et, sur dix observations citées par M. Rostan pour appuyer une opinion contraire à la nôtre, cinq présentent une affection organique du ventricule droit, et trois un développement de tout le cœur. Peut-être que les violentes quintes de toux qui signalent le début des accès d'asthme ne sont pas étrangères à ces lésions organiques, car on sait combien elles contribuent au développement des maladies du cœur.

De ce que l'asthme est indépendant des lésions organiques du cœur, de que ces lésions en sont très-souvent la conséquence, ce n'est point une raison de croire qu'elles ne puissent influer en rien sur la marche des accès. Nous pensons le contraire, et nous croyons que dans cette circonstance, l'effet réagissant sur la cause, la muqueuse pulmonaire placée entre deux causes incessantes d'excitation, l'air qui lui vient du dehors et le sang qui lui vient du cœur, peut se convulser lorsque le rhythme habituel de ces deux agents excitateurs n'est plus le même. Aussi Fédérigo avait-il reconnu d'une manière générale que tout ce qui peut modifier les mouvements de la respiration, peut devenir la cause de l'affection asthmatique; ou, d'une manière plus exacte, amener le développement d'un accès chez un sujet déjà prédisposé.

Les objections faites aux partisans des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux peuvent également s'appliquer à ceux qui ont voulu faire jouer le même rôle aux lésions des organes de l'innervation. Ainsi, pourquoi le siége et la nature de ces désordres sont-ils aussi variés quand les accidents qu'ils produisent sont toujours les mêmes? Pourquoi ne les rencontre-t-on pas constamment? pourquoi, lorsqu'ils existent, n'y a-t-il pas toujours d'asthme de produit? Ne peut-on pas aussi leur objecter, comme le fait M. Ferrus, que les lésions organiques trouvées dans le cerveau des asthmatiques peuvent fort bien être consécutives au trouble de la respiration et à l'obstacle apporté à la circulation cérébrale par la convulsion des muscles respirateurs; que celles que l'on rencontre dans les nerfs, sont aussi le résultat d'un semblable travail? Ainsi nous voyons que l'opinion qui fait résider la cause de l'asthme dans les lésions organiques du système nerveux est tout aussi susceptible d'être contestée que l'opinion qui la fait résider dans les lésions de l'appareil circulatoire.

Après avoir démontré que l'asthme est une affection des bronches, produite par des causes qui agissent sur leur membrane muqueuse, et qui déterminent secondairement leur contraction spasmodique, nous avons à nous expliquer sur la nature de cette irritation : est-elle inflammatoire? est-elle nerveuse? Doit-on lui conserver la dénomination de *névrose*, qui lui est donnée par un grand nombre de médecins? Nous n'y voyons pas d'inconvénients; mais, avant tout, il convient de s'entendre sur la valeur des mots; et, dans ce but, nous allons exposer notre sentiment sur ce mode d'irritation.

Qu'est-ce qu'une névrose, sinon un trouble passager, survenu dans l'état normal d'une partie, et qui, ne laissant après lui aucune trace matérielle, a été attribué à une lésion de l'innervation? Mais connaissons-nous assez bien ce qui se passe dans l'intimité de nos organes, pour préciser ainsi la fonction qui y est lésée? Le mot névrose n'a-t-il pas été, dans bien des circonstances, employé pour cacher notre ignorance? Ne l'a-t-on pas appliqué à une foule de désordres fonctionnels dont on ne pouvait se rendre compte, et qui, plus tard, ont été reconnus comme étant d'une tout autre nature? Ne peut-on pas croire qu'on l'ait aussi fait pour l'asthme? En conservant cette dénomination, voici comment nous en donnons

l'explication : Dans la membrane muqueuse du poumon, comme dans tous les autres tissus, la puissance nerveuse et le sang s'influencent réciproquement ; mais aussi, comme sur tous les points de l'organisme, le tissu nerveux, sentinelle vigilante de la vie, est le premier impressionné par les agents extérieurs. C'est la modification qu'il éprouve par suite de cette action, qui constitue la névrose ; et nous croyons qu'il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'il peut y avoir alors une changement matériel dont la fugacité soit telle qu'il n'en reste rien après la mort. Mais, si cette modification est souvent renouvelée, ce changement devient stable et il constitue ce qu'on a désigné sous le nom d'inflammation aiguë ou chronique, selon son intensité ; c'est ce qu'a constaté Laënnec, en disant qu'il n'a rencontré que chez un petit nombre d'asthmatiques les signes du spasme pulmonaire, sans aucune complication de catarrhe; c'est ce que M. Rostan confirme lui-même en mentionnant l'état pathologique des bronches dans la plupart des cas qu'il a rapportés. C'est enfin ce qui rend raison de la division qu'ont établie les pathologistes de l'asthme en sec et humide, espèces qui se succèdent par le fait de la durée de la maladie, qui n'en sont réellement que deux degrés.

Par cette théorie il est facile de se rendre compte de la répétition fréquente des accès à la plus légère cause, en se rappelant que, lorsque les expansions nerveuses sensitives ont pris l'habitude de l'irritation, un rien la renouvelle.

Résumé. — De tout ce qui précède, il résulte que les causes susceptibles de produire l'asthme portent d'abord leur action sur l'élément nerveux de la muqueuse pulmonaire; que consécutivement à cette impression, un changement matériel a lieu dans cette membrane, et qu'un spasme tonique s'empare de la couche musculaire sous-jacente, et donne lieu aux phénomènes qui constituent cette affection. La répétition fréquente des accès entraîne à la longue des altérations de texture dans la partie qui en est le siége ; èt ces altérations se confondent avec celles qui caractérisent les altérations chroniques. C'est en effet, sous cette dénomination qu'on connaît aujourd'hui la plupart des anciennes névroses. Cette étiologie bien établie, les divisions nombreuses admises par les auteurs doivent tomber, et on ne peut plus admettre que deux espèces d'asthmes : un simple et un compliqué.

Pronostic. Le pronostic de l'asthme simple n'est point fâcheux. C'est une croyance populaire qu'une longue existence est promise aux asthmatiques. Floyer est mort à 80 ans, et il ne se rappelait pas l'époque où il en avait ressenti la première atteinte. Ce médecin dit avoir rencontré des asthmatiques qui, d'après leur rapport, ont souffert de cette maladie pendant cinquante ans, sans cependant cesser, quant au reste, d'être en bonne santé ; sans éprouver aucune altération considérable dans les poumons, sans être obligé de renoncer à leurs occupations, et « c'est, dit-il, un fait « que j'aime à me rappeler pour encourager « mes malades et me consoler moi-même. « Cette incommodité, en effet, ne m'a point « empêché d'étudier, de me promener, de « monter à cheval, d'exercer ma profession ; « de manger, de boire et de dormir aussi « bien que jamais ; et je ne m'aperçois encore « d'aucune altération dans mes poumons, »

Les accès les plus graves, ceux qui pour un observateur sans expérience sembleraient mettre la vie du malade en péril, se terminent presque toujours sans accidents fâcheux.

Le pronostic de l'asthme est d'autant plus favorable que les accès se produisent moins souvent, et qu'ils sont moins intenses. Quand ils sont de longue durée, qu'ils reparaissent à de courts intervalles, on doit redouter la production de lésions organiques des organes de la circulation ou de ceux de l'innervation. L'emphysème pulmonaire peut aussi résulter de violents paroxysmes, en déterminant la rupture de quelques cellules pulmonaires, et cette complication est souvent mortelle. Les journaux de médecine en ont récemment présenté quelques observations remarquables.

Quand l'asthme est compliqué, le pronostic varie suivant la nature des complications.

Lieutaud avait dit au sujet du pronostic : L'asthme invétéré se guérit très-rarement ; mais les asthmatiques peuvent parvenir à une très-grande vieillesse. Les palpitations, les syncopes, la paralysie des extrémités supérieures sont, dans cette maladie, des accidents redoutables.

Sennert (1) avance que les jeunes gens guérissent difficilement et les vieillards presque jamais. Cela s'explique par les lésions organiques que viennent compliquer la maladie dans les derniers temps de la vie. Selon le même auteur, l'asthme héréditaire est incurable. On le conçoit facilement, puisque alors les malades ont une disposition organique qui favorise le renouvellement des paroxysmes.

Sauvages (2) pense que l'asthme est plutôt une maladie de longue durée qu'une maladie chronique, puisqu'elle met à peine la vie en danger : du moins l'asthme ordinaire qui vieillit avec le malade.

Hippocrate a dit au sujet du pronostic : *Qui gibbi ex asthmate aut tussi fiunt antè pubertatem, moriuntur.*

Galien : *Asthma si valdè senibus excititur, moriuntur.*

(1) Lib. 2, cap. 2, pars 4.
(2) *Nosologie méthodique*, t. 2, page 94.

Traitement. Peu fixés sur la nature et sur le siége de la maladie, les praticiens l'ont été encore moins sur les moyens capables de la modifier avangeusement. On voit les humoristes recourir aux maturatifs pour favoriser la coction et l'expuition des humeurs (Rivière, Sennert). Les partisans de la doctrine des signatures conseillent les bouillons de poumons de renard, de lièvre, de cerf, de gazelle, sans doute pour communiquer aux malades la faculté de courir, qui leur est momentanément enlevée (Avicenne, les Arabes). Le bouillon de vieux coq joue un grand rôle dans les prescriptions des anciens médecins.

Celse (1), le premier parmi eux, a donné des préceptes assez sages et qu'il convient de se rappeler. Il conseille la position élevée de la tête dans le lit, de couvrir la poitrine de cataplasmes chauds, de faire usage de boissons douces et d'aliments de même nature, de préférer les médicaments qui portent aux urines. Rien, dit-il, de plus avantageux que la promenade lente, presque jusqu'à la lassitude; que de nombreuses frictions, surtout sur les parties inférieures, soit au soleil, soit au feu, et poussées jusqu'à la sueur, et que l'application de cataplasmes chauds à la gorge et de bains de vapeur dirigés vers la bouche.

Baglivi (2) conseille aux asthmatiques l'air de la campagne ; voici dans quels termes : *In diuturno asthmate, sive humorali, sive convulsivo, aerem rusticum œgrotantibus impero, et potissimùm, ut campos habitent quos arant bubulci : debet itaque asthmaticus sequi bubulcum quando terram arat, et incedere per sulcum, sive viam ab aratro recenter in terrâ factam, et aperto ore respirare aerem, sive halitus nitroso salinas ac sulfureas à recenter ruptis terrœ glebis prodeuntes; tonus pulmonum longo morbo relaxatus, nitro-salinâ centralis terrœ caloris substantiâ roboratus, confirmatur et restituitur, eoque restitutus circulus quoque liquidorum per pulmonum telas in libertatem ponitur morbusque profligatur.*

Les balsamiques, les incisifs, les expectorants ont été mis en usage par ceux qui ont voulu favoriser l'issue des humeurs qu'ils regardaient comme cause de la maladie. Ils joignaient l'emploi des révulsifs et des dérivatifs,

Les antispasmodiques, les narcotiques, les stupéfiants ont été la ressource des partisans de l'influence nerveuse dans la production des phénomènes de cette maladie.

L'athmiatrie a joué un rôle dans le traitement de l'asthme. On doit à Fourcroy (3) et à Beddoës d'avoir conseillé l'inspiration de l'oxygène comme moyen de guérison, d'autres médecins ont vanté l'inspiration du chlore mêlé dans de faibles proportions à l'air de l'appartement qu'habite le malade, et ils prétendent en avoir obtenu de bons effets.

On a même été jusqu'à conseiller des fumigations arsénicales; mais l'emploi d'un pareil médicament ne saurait être sans danger pour les malades. C'est par erreur qu'on y a eu recours, et par la confusion qu'on a faite de la sandaraque des Grecs, qui est le sulfure rouge d'arsenic, avec la sandaraque des Arabes, qui est la gomme du genévrier, dont les vapeurs ont pu soulager dans la complication de l'asthme avec le catarrhe pulmonaire chronique.

Le traitement de l'asthme doit varier selon son état de simplicité ou de complication; il doit aussi varier selon qu'on est appelé pendant les accès ou dans les intervalles.

Le premier soin que doivent avoir ceux qui ressentent les avant-coureurs d'un accès d'asthme, c'est de respirer un air libre et frais; de prendre une position qui rende aussi faciles que possible les divers mouvements de la respiration; de débarrasser le corps des liens ou des vêtements qui pourraient s'opposer à la liberté de ses mouvements ; de garder le silence et le repos le plus parfaits. Les asthmatiques ne devront chercher à se mettre au lit que lorsqu'ils sentiront l'influence du sommeil assez grande pour leur donner l'espoir d'être promptement endormis ; sans cela ils verront toujours les symptômes s'aggraver. Sous l'empire de ces moyens, j'ai souvent vu les accès être moins graves. L'influence de la lumière soulageant beaucoup, il est convenable que les asthmatiques aient une lampe allumée dans leur appartement. Quand cette précaution a été négligée, ils doivent, aussitôt qu'ils ressentent les prodrômes d'un accès, se procurer de la lumière : toujours je me suis trouvé mieux sous son influence.

Presque tous les praticiens se sont accordés sur les bons effets qu'on retire de l'emploi des dérivatifs, tels que pédiluves, manuluves irritants, frictions sèches sur la périphérie. Hérodote avait conseillé les bains de sable chaud aux asthmatiques (4). Je dois dire que si, dans le cours des accès, ces moyens ne m'ont point paru avoir d'effets bien marqués, j'ai cependant ressenti du soulagement de quelques-uns qui leur sont analogues. Ainsi, en Turquie, l'usage des bains d'étuves humides et des frictions dont on les accompagne m'a presque toujours préservé d'avoir un second accès, quand j'y avais recours immédiatement après le premier. Le soin de faire chauffer mon lit, ou l'action d'un feu ardent avant de me coucher, produisent sur moi une dérivation qui m'a souvent préservé d'un accès, quand déjà j'en ressentais les avant-coureurs.

(1) Lib. 4, *De re medicâ.*
(2) *Opera*, pag. 107.
(3) *Annales de chimie*, tome 4.
(4) Sprengel, *Histoire de la Médecine*, tome. 2.

Lorsqu'il y a imminence de suffocation, ou qu'on peut supposer une congestion pulmonaire; qu'il existe une complication avec quelque affection organique du cœur, une saignée semble indiquée. Hippocrate, Baglivi, Sennert, Haller, Bosquillon, Castel l'ont conseillée. Ils ont vu les accidents graves disparaître à la suite de son emploi : mais l'asthme par lui-même n'en paraît pas être sensiblement modifié. Millard n'était point partisan de ce moyen, qu'il regardait comme capable d'aggraver la maladie. Je n'ai point eu l'occasion d'y recourir, et je ne puis juger moi-même de son efficacité.

On n'a point été d'accord sur le lieu où l'on doit pratiquer la saignée. Haller indique celle de la jugulaire; Sennert conseille d'avoir recours à celle de la saphène, quand l'asthme est dû à la suppression des menstrues ou des hémorroïdes ; il dit aussi qu'on peut aider son action par l'application de ventouses sèches aux cuisses. Il nous est impossible de préciser à l'avance la conduite que l'on doit tenir. L'état du malade, l'intensité des symptômes, les causes de la maladie aideront à fixer son choix sur la veine que l'on doit ouvrir.

A en juger par les résultats obtenus dans la seconde observation que j'ai rapportée, l'application des sangsues ne procure pas de soulagement durant les paroxysmes. Peut-être en les répétant dans l'intervalle des accès chez les sujets dont l'invasion de la maladie a été précédée par la suppression de quelque hémorragie périodique habituelle, obtiendrait-on des résultats plus satisfaisants.

Sennert (1) a conseillé d'appliquer des ligatures sur les parties inférieures, dans le but d'empêcher les humeurs, qu'il supposait être la cause de l'asthme, de remonter vers le poumon. De nos jours quelques praticiens ont remis ce traitement en faveur. M. Jolly (2) dit l'avoir employé avec succès. Je n'ai pas été aussi heureux deux fois que j'y ai eu recours, sans qu'il m'ait paru apporter aucun changement à mon état.

Quant aux nombreuses boissons conseillées pendant la durée des accès, je crois peu à leur efficacité. Ce n'est que par la quantité de liquide introduite dans l'économie qu'elles amènent du soulagement ; aussi je n'ai jamais recours qu'à l'eau pure : c'est, selon moi, la boisson la plus convenable pour tempérer le spasme pulmonaire. Floyer assure que ce qui le soulageait le plus, c'était de prendre le soir abondamment de l'eau panée, à laquelle il ajoutait un peu de nitre et de sel ammoniac. Mon collègue, M. T., se trouve très-bien des boissons chaudes prises en très-grande quantité.

(1) Lib. 2, cap. 2, part. 3.

(2) *Dictionnaire de Médecine*, tome 3, 2e édition.

Je conçois l'avantage des préparations oxymélées, antimoniales, des scillitiques, et de tous les expectorants chez les asthmatiques dont la maladie se complique avec le catarrhe pulmonaire chronique. Ces préparations, administrées à la fin des accès, doivent faciliter l'expectoration, peuvent concourir au dégagement des bronches et amener ainsi un soulagement notable. Dans les mêmes circonstances, les résines balsamiques, administrées en fumigation, ou sous toute autre forme, peuvent aussi produire de bons effets ; mais elles agissent plutôt contre la complication que contre la maladie principale.

Deux fois je me suis trouvé soulagé par l'emploi de la poudre d'ipécacuanha prise à dose vomitive. La secousse qu'occasionnent les vomissements produit une dérivation salutaire ; l'expectoration critique s'établit et l'accès est jugé. Cette manière d'agir des émétiques est sans doute la cause de la haute faveur dont ils ont joui auprès des médecins humoristes, qui, d'après leurs idées théoriques, les ont tant préconisés. Ils leur associent les purgatifs phlegmagogues, les clystères carminatifs et autres moyens irritants portés sur le tube digestif. L'emploi de cette médication, dont on peut obtenir de très-bons résultats dans quelques cas, doit être subordonné aux nombreuses indications qui peuvent se présenter : c'est surtout chez les sujets lymphatiques, replets, à fibres molles, et prédisposés aux affections catarrhales, qu'on pourra les prescrire avec le plus de chances de succès.

Plusieurs plantes stupéfiantes ont été indiquées comme d'excellents moyens pour soulager les malades et diminuer la longueur de leurs accès. Le *datura stramonium* est une de celles qui jouissent encore de la plus grande faveur. Ce sont particulièrement les médecins anglais qui ont accrédité les propriétés bienfaisantes de ce végétal. Notre collègue Busseuil l'a vu usité à Java. Le docteur Kriner rapporte plusieurs observations qui constatent les bons effets des feuilles et des tiges de stramonium fumées en guise de tabac. Le professeur Cruveilhier se loue aussi des bons effets qu'ils en a obtenus en s'en servant de la même manière. M. T., qui l'a expérimenté sur lui-même, ne saurait lui donner trop d'éloges ; il fume les feuilles de stramonium mêlées à un peu de tabac, et il dit que c'est au moment où on éprouve une sorte de vertige que le soulagement commence à se manifester. L'influence de cet agent se borne à modifier l'accès contre lequel on l'emploie ; et il n'a aucune action contre le paroxysme suivant qui, dit-il, n'en arrive pas moins avec toute son intensité.

D'après les idées que nous avons adoptées sur la nature de l'asthme, nous étions porté à croire aux avantages que l'on pourrait reti-

rer des préparations de belladone, dont les propriétés anticontractiles sont généralement connues, lorsqu'un article sur ce sujet est tombé sous nos yeux (1). Le docteur Magistel y préconise l'emploi des fumigations des plantes narcotiques et des feuilles de belladone en particulier dans le traitement de l'asthme. Sur cinq malades traités par ce moyen, quatre ont guéri, et le cinquième, vieillard âgé de 75 ans, a éprouvé de l'amélioration. C'est aux praticiens à vérifier l'exactitude de ces résultats, et à s'assurer si ce médicament n'est pas capable, comme le précédent, de modifier avantageusement les paroxysmes de l'affection asthmatique.

Les docteurs Kriner et Laënnec donnent aussi des éloges à l'inspiration de l'infusion de feuilles de laurier-cerise. Le dernier a pu constater également l'efficacité des préparations d'acide hydrocyanique,

La lobélie enflée (*lobelia inflata*, de la famille des campanulacées), dont les effets ressemblent beaucoup à ceux du tabac, mais dont l'action est plus forte et plus diffusible, a été administrée dans l'asthme par le docteur Elliotson, qui lui a reconnu des propriétés spécifiques contre cette maladie. D'autres observations, recueillies par M. Stricht, élève de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, viennent à l'appui de cette opinion (2) : il l'a employé dans deux cas d'asthme spasmodique dont les accès étaient très-violents et très-fréquents, à la dose de 20 à 30 gouttes de teinture dans une petite quantité d'eau distillée, à trois reprises par jour; dans ces deux cas, les effets de ce médicament ont été rapides, et les accès ont disparu complétement au bout de trois jours de traitement. De pareils succès doivent engager à continuer des essais sur l'emploi de ce médicament.

Comme on le voit, les moyens thérapeutiques, capables de modifier les accès d'asthme sont en petit nombre. On n'en possède pas qui soient capables de les arrêter complétement lorsqu'ils sont déclarés. Ainsi tous les soins du médecin doivent tendre à en prévenir le retour, et nous allons tracer maintenant les règles à suivre pour approcher le plus possible de ce résultat.

Soins hygiéniques. — Après les causes qui agissent d'une manière directe sur le tube aérien, et dont il est très-facile de se garantir, nous avons dit que les vicissitudes atmosphériques jouissaient de la plus haute influence pour rappeler les paroxysmes chez les asthmatiques; c'est à les préserver de leur action pernicieuse que doivent donc tendre des soins bien entendus. Pour mon compte particulier, je crois que si je pouvais toujours rester soumis au même degré de chaleur, de pesanteur et d'humidité de l'air, je n'éprouverais jamais de retour d'asthme; malheureusement la chose est impossible; mais il serait facile d'en approcher en habitant constamment un pays dont l'influence bienfaisante a été reconnue ; en portant toujours de la laine sur la peau; en évitant toutes les causes de refroidissement, particulièrement celui des pieds; en ayant soin de garantir l'entrée du tube aérien e l'action de l'air, lorsqu'on est forcé de marcher contre un vent froid et violent; en habitant des appartements bien aérés où l'air aurait toujours la facilité d'être renouvelé, et en évitant avec soin tous les exercices violents et forcés.

Les erreurs de régime ayant une très-grande influence dans le développement des accès, tous les auteurs qui ont étudié cette maladie s'accordent pour recommander à ceux qui en sont atteints un régime uniforme, simple et léger, d'éviter avec soin les aliments indigestes et de haut goût, d'user plus spécialement de substances qui se digèrent avec facilité, et qui, pendant le travail digestif, ne laissent point dégager de gaz; de proscrire sévèrement toutes les boissons alcooliques.

Le thé, le café, sévèrement proscrits par Cullen, et dont Floyer et plusieurs autres médecins anglais (3) ont recommandé l'usage aux asthmatiques comme pouvant grandement les soulager, ne m'ont point paru doués d'une action aussi marquée que l'ont cru ces praticiens. Pour les personnes qui n'en usent point habituellement, il ne serait peut-être pas rationnel de le faire; mais pour celles qui en boivent habituellement, elles n'ont rien à redouter d'en continuer l'usage; une infusion légère de thé peut même être très-salutaire dans le début des accès, en déterminant une diaphorèse avantageuse. Quant au café, j'en prends habituellement mêlé avec du lait; je ne me suis pas aperçu qu'il agît d'une manière défavorable. Toutefois, il serait prudent de s'abstenir de café pur quand on est sous l'influence d'un accès.

Si l'intermittence des accès est régulière, on ne doit pas balancer à suivre l'exemple de Casimir Médicus et de Mongellaz, en prescrivant l'antipériodique par excellence, le quinquina. Les bons effets qu'ils en ont retirés doivent engager à y recourir dans des cas semblables à ceux qu'ils ont rapportés.

En indiquant d'une manière générale que les climats chauds conviennent aux asthmatiques, on doit avoir présent à l'esprit que la susceptibilité individuelle de chaque malade peut faire modifier ce précepte dans ce qu'il a de trop absolu. Ainsi, quelques-uns ne se trouvent bien que sous les latitudes tempé-

(1) *Gazette médicale*, décembre 1834, page 817.
(2) *The Lancet*, février, 1833.

(3) Perceval, *Essais*, page 269.

rées, d'autres ne sont jamais mieux que dans les climats chauds. Quelques malades se trouvent mieux à la campagne qu'à la ville, d'autres sont dans des conditions inverses. En général, un air épais, humide, tel qu'on le respire dans les pays plats, sur le bord des fleuves, est plus favorable aux asthmatiques que celui qui présente des qualités opposées. Quand on se trouve bien dans une localité, on doit autant que possible ne pas la quitter, sinon l'on s'expose à voir reparaître l'ennemi dont on se croyait délivré. Cette crainte me domine toutes les fois que je suis forcé de changer de lieu, et l'expérience m'a prouvé qu'elle était fondée. Sous ce rapport, je ne conçois pas comment les voyages et plus particulièrement la navigation ont pu être indiqués comme un moyen de guérison de l'asthme. Trop de causes favorables au développement de cette maladie se rencontrent à bord des navires, pour ne pas sentir l'absurdité de ce conseil. En les énumérant, nous voyons qu'un grand nombre d'hommes se trouvent réunis dans un espace resserré; que dans les parties basses où ils couchent, l'air est presque constamment stagnant et chaud; qu'une obscurité presque constante y règne; que les officiers eux-mêmes ne sont pas plus favorisés puisqu'ils sont logés dans des réduits resserrés où l'air et la lumière ne pénètrent qu'avec peine; à chaque instant du jour, on passe brusquement de l'influence de ces localités étroites à celle de l'air libre que l'on respire sur le pont, et où l'on se trouve soumis à toutes les circonstances qui peuvent modifier cet agent sur la surface du globe. La nourriture dont on use à bord des bâtiments, dans les longues traversées, se compose presque exclusivement de salaisons, de légumes secs, exige des estomacs robustes pour en obtenir une bonne assimilation. Si l'on joint à ces causes l'influence des passions tristes, on voit combien le séjour à la mer doit être défavorable aux asthmatiques; et, loin de le leur conseiller, on s'empressera de leur défendre d'y recourir.

Je puis, indépendamment de ma propre expérience et de celle de celui de mes collègues dont j'ai rapporté l'observation, citer en preuve de la gêne que les asthmatiques ressentent à bord d'un navire, un fait qui m'a été rapporté par un professeur de l'école de médecine navale de Rochefort, asthmatique lui-même, et qui, pendant cinq mois de voyage pour revenir de Chine en France, n'a pu se coucher une seule nuit sans la crainte d'une violente exacerbation de sa maladie dont il a constamment ressenti les atteintes pendant cette longue traversée.

L'exercice à cheval ou en voiture, la promenade en bateau sur une mer un peu houleuse, ne seraient pas sans inconvénient pendant le cours des accès. Conseillés dans l'intervalle, ils ne peuvent qu'être salutaires, relativement à l'influence des oscillations d'un navire ballotté par les flots, sur les asthmatiques. Je dois dire que pouvant provoquer l'affection particulière connue sous le nom de mal de mer, elle agit avantageusement, et à l'instar des moyens émétiques : plusieurs fois j'ai pu m'en convaincre, les vomissements ainsi amenés mettaient fin à un accès.

Le magnétisme, l'électricité [1], le galvanisme ont eu leurs prôneurs dans le traitement de l'asthme, sans que des résultats constants aient justifié les éloges prodigués à ces divers moyens. Au mois de novembre 1816, le docteur Wilson Philip [2] a établi, dans un mémoire lu à la Société royale de Londres, que si le galvanisme n'apporte aucun remède à l'asthme spasmodique, affection qu'il considère comme très-rare, en revanche, il guérit neuf fois sur dix l'asthme nerveux qui est beaucoup plus commun.

Conclusions. En résumant d'une manière succincte ce que nous avons établi plus haut, nous dirons :

1° Que les caractères essentiels de l'asthme sont : la constriction sous-sternale, le sifflement respiratoire, l'intermittence des paroxysmes sans rien de fixe pour leur retour, l'invasion brusque des accès, l'absence de fièvre et même la régularité du pouls au milieu du trouble le plus grand des mouvements respiratoires, enfin le passage souvent rapide d'un état des plus graves au calme le plus parfait;

2° Que les lésions organiques observées dans cette maladie en sont, dans la généralité des cas, les effets et non la cause; qu'on doit, quand elles existent, les regarder comme des complications fort graves qui peuvent, en réagissant sur la cause qui les a produites, rendre plus fréquents les paroxysmes de la maladie ;

3° Que l'art, dans l'état actuel, ne possède pas de moyens capables de guérir l'asthme dans ses divers états de simplicité ou de complication; mais qu'il peut, par des soins bien entendus, suspendre l'invasion des accès ou tout ou moins les modifier avantageusement.

OUVRAGES PRINCIPAUX A CONSULTER SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Andral. Clinique médicale.

Avenbrugger. Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité, traduit et commenté par Corvisart.

Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire.

(1) Sigaud de Lafond, *De l'électricité animale*, page 250.

(2) *Annales de chimie et de physique.*

Broussais. Histoire des phlegmasies chroniques.
Collin. Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine, etc.
Laënnec. De l'auscultation médiate, ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur.
Louis. Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie. — Recherches sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires.
Priory. De la percussion médiate, etc.
Rostan. Cours élémentaire de diagnostic, etc.

LIVRE QUATRIÈME.

MALADIES DES APPAREILS DES SÉCRÉTIONS.

Les appareils des sécrétions comprennent trois séries d'organes :

1° Organes d'exhalation ;
2° Organes de sécrétion folliculaire ;
3° Organes de sécrétion glandulaire.

Tous ces organes sont passibles de maladies diverses ; c'est à l'étude de ces maladies que nous allons consacrer cette partie de nos leçons. Nous nous appesantirons surtout sur les maladies des organes d'exhalation et sur celles des organes de sécrétion glandulaire.

PREMIÈRE PARTIE.

MALADIES DES APPAREILS D'EXHALATION.

Sous cette division, nous devons étudier 1° les maladies du tissu cellulaire ; 2° les maladies des membranes séreuses.

I. MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

Ces maladies sont du ressort de la pathologite externe ; nous ne nous en occuperons pas ici.

IIe. CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

Le tissu cellulaire peut offrir dans ses aréoles une plus grande quantité de sérosité que de coutume ; il peut, en un mot, être atteint d'*hydropisie* qui, générale, porte le nom d'*anasarque ;* partielle, celui de *leucophlegmasie* ou d'*œdème*.

HYDROPISIE DU TISSU CELLULAIRE.

Causes. Les différentes causes qui peuvent produire l'hydropisie du tissu cellulaire déterminent et caractérisent les diverses espèces dont il peut être atteint. Ainsi il faut admettre :

1° Une hydropisie par inflammation des parties voisines ; c'est celle à laquelle on a reconnu une nature *active*, parce qu'elle est le résultat d'un travail inflammatoire, qui se passe dans les aréoles du tissu cellulaire et y fait affluer des liquides séreux.

C'est surtout chez les sujets forts et sanguins qu'on l'observe, et toujours sous l'influence de circonstances qui donnent lieu à un état sthénique. Ainsi elles se voient quelquefois à l'époque de la première menstruation quand elle est difficile ; après une suppression de règles ou de toute autre hémorragie périodique ; au commencement de la grossesse ; on l'observe souvent aussi dans la période de desquamation de certaines maladies éruptives, comme la scarlatine, et plus rarement la rougeole.

2° Une hydropisie par obstacle mécanique à la circulation veineuse, ayant son siége ou dans le cœur, et alors l'infiltration tend à être générale, ou dans les veines, et, dans ce cas, si ce n'est pas dans un tronc principal, il n'y a qu'œdème ; si c'est dans une veine centrale, il y a tendance à une infiltration générale plus ou moins considérable.

L'hydropisie qui succède à un obstacle mécanique dans les cavités droites du cœur commence presque toujours par les extrémités inférieures ; elle offre cela de particulier qu'elle est sujette à beaucoup de variations, qu'elle disparaît quelquefois avec beaucoup de facilité pour se reproduire de même. L'hydropisie qui est sous l'influence d'une oblitération des veines est, quant au siége et à l'étendue, en rapport avec le siége et le calibre des vaisseaux oblitérés ; dans le plus grand nombre des cas, elle est locale, et accompagnée ordinairement d'une circulation supplémentaire dans les vaisseaux collatéraux. C'est principalement aux beaux travaux de M. le professeur Bouillaud que nous sommes redevables de la connaissance de ces phénomènes.

Les troubles de la circulation dans le foie amènent aussi une infiltration séreuse plus ou moins considérable, mais presque toujours consécutive à l'ascite.

3° Une hydropisie par diminution de la perspiration cutanée ; il se produit alors une anasarque, soit subitement comme dans les

pays chauds, où ont lieu de brusques variations de température; soit lentement, quand la modification est lente, comme dans les pays froids et humides.

4° Une hydropisie par un certain état pathologique du rein, dans lequel la substance corticale de cet organe acquiert une couleur jaune, en même temps qu'elle s'indure, puis se ramollit. Dans ce cas, l'hydropisie se manifeste à la fois au dehors comme au dedans, aux extrémités supérieures comme aux inférieures, elle devient bientôt générale, et persiste ordinairement pendant longtemps sans éprouver aucun changement. Cette hydropisie est accompagnée d'une diminution progressive dans la quantité des urines, qui deviennent, en outre, albumineuses, comme l'ont démontré les recherches des docteurs Bright et Christison en Angleterre, et de M. Rayer en France.

5° Une hydropisie par modification dans la composition du sang. Ces modifications sont très-diverses, souvent contraires, et exigent des moyens thérapeutiques différents. Ainsi d'une part, l'état pléthorique détermine souvent une infiltration séreuse, qui est considérée alors comme *active*. Les travaux de M. Magendie ont bien démontré que la pléthore diminue la force absorbante de nos parties, et que, dans ces cas, la saignée la favorise. D'autre part, l'appauvrissement du sang occasionné par la disette (et, dans ces cas, on a vu des hydropisies épidémiques), par la saignée trop répétée, par de longues maladies, par d'abondantes hémorragies, par des constitutions lymphatiques, scorbutiques ou chlorotiques, produit aussi l'hydropisie du tissu cellulaire, qui, dans ces cas, est dite *passive*. Enfin, le sang, étant vicié par certains virus, peut être comme dissous et laisser le sérum s'épancher dans le tissu cellulaire.

Symptômes. Il en est de communs et de propres à chaque espèce d'hydropisie. Les symptômes communs sont l'enflure des parties extérieures, qui débute tantôt, et c'est le cas le plus commun, par les extrémités inférieures, tantôt par les extrémités supérieures ou par la face, tantôt enfin par toutes les parties du corps, qui devient généralement bouffi. L'infiltration est d'ailleurs variable suivant les parties où on la considère. Elle est toujours plus considérable dans les parties où le tissu cellulaire est lâche et à grandes lames, comme au dos des pieds et des mains, où elle détermine ordinairement une saillie ovalaire limitée par les ligaments annulaires du tarse et du carpe; aux paupières, dont elle gonfle quelquefois le tissu de manière à produire mécaniquement l'occlusion de ces voiles membraneux; au scrotum, dont elle peut augmenter le volume jusqu'à lui donner celui de la tête d'un adulte; au pénis, qu'elle tuméfie pareillement, au point de gêner ou d'empêcher, dans certains cas, l'excrétion des urines; en contournant le prépuce en manière de tire-bouchon; enfin, aux grandes et aux petites lèvres, qui sont, dans certains cas, assez gonflées pour faire obstacle à la sortie du fœtus pendant l'accouchement.

La tuméfaction n'est pas ordinairement aussi considérable dans les autres parties du corps; la face n'est que simplement bouffie et paraît n'être le siége que d'une simple augmentation dans l'embonpoint; elle n'est jamais bien marquée au cou et le long du dos, mais, vers les lombes et dans l'espace qui sépare les fausses côtes de la crête iliaque, il se forme assez souvent des espèces de bourrelets d'infiltration molle, qui augmentent la largeur de l'abdomen dont les parois s'infiltrent également. L'enflure est d'ailleurs presque toujours plus considérable aux membres abdominaux, qui peuvent souvent doubler et même tripler le volume, par suite de cette stagnation du fluide séreux.

Il est très-important de remarquer qu'en même temps que les dimensions du corps s'accroissent dans les points qui sont le siége de l'infiltration, il s'amaigrit ou paraît s'amaigrir dans ceux où l'infiltration n'existe pas; ainsi les pommettes deviennent saillantes, le cou sec et allongé, les côtes se dessinent sous la peau, les doigts paraissent se rapetisser.

Dans l'hydropisie liée à quelqu'une des altérations dont nous avons parlé, l'enflure offre pour caractère propre d'être molle et de céder facilement au toucher; de conserver profondément, et pendant un certain temps, l'impression du doigt ou l'empreinte des plicatures que les draps forment accidentellement sous le corps du malade; de changer facilement de place en s'accumulant vers les points les plus déclives, augmentant vers les extrémités inférieures par la station verticale, et diminuant par le repos horizontal. La peau offre aussi une température au-dessous de l'état normal, et une couleur d'un blanc pâle et mat, interrompue dans certains cas par des sillons bleuâtres, correspondant à des veines sous-cutanées distendues par le sang; quelquefois la distension est si considérable; qu'elle semble demi-transparente, et toujours elle est polie et luisante.

Dans l'hydropisie aiguë et qu'on ne peut rattacher à aucune des causes dont nous avons parlé, l'enflure est, au contraire, rénitente au toucher, ne cède que momentanément sous le doigt et n'en conserve qu'une impression passagère. La peau est chaude au toucher, quelquefois colorée en rose ou en rouge.

L'hydropisie symptomatique donne lieu à un pouls débile, à un alanguissement général dans les fonctions, provenant moins de l'anasarque que de la maladie intérieure dont cette

hydropisie dépend; dans l'hydropisie idiopathique, au contraire, il y a fièvre, quelquefois violente, un pouls plus ou moins dur, fréquent et plein, joint à une chaleur générale, à de la céphalalgie et autres symptômes de turgescence sanguine; dans l'un et l'autre cas, les urines sont rares et la soif vive.

L'hydropisie du tissu cellulaire a une marche variable; en général, quand elle est liée à l'existence de maladies internes elle survient insensiblement, peut paraître et disparaître plusieurs fois, se montrer une seule fois, ou offrir de fréquentes récidives. Sa disparition est tantôt graduelle, tantôt subite, et dans ce dernier cas, il arrive quelquefois que différents flux se produisent dans une séreuse, dans les bronches, dans les intestins, à la peau, par les reins, etc. C'est quelquefois un accident funeste que cette disparition brusque de l'hydropisie, quand elle se porte sur un organe important à la vie. Nous avons rapporté, dans la *Clinique médicale,* t. 2, des exemples remarquables de cette terminaison rapidement mortelle. Un autre accident, auquel peut donner lieu l'hydropisie du tissu cellulaire, consiste dans les éraillements que subit quelquefois la peau, par suite de la distension extrême dont elle est le siége, et dans la tendance qu'a cette membrane à contracter alors des inflammations rebelles ou promptement gangréneuses; quelquefois cet accident a un côté favorable, en ce qu'il permet l'écoulement de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire et facilite ainsi le dégorgement des parties.

Traitement. Le traitement de l'hydropisie est basé sur plusieurs indications relatives à sa cause, à sa nature, et à l'hydropisie considérée en elle-même.

Quant à la cause, il est évident qu'on ne pourra combattre d'une manière efficace l'hydropisie symptomatique qu'autant qu'on s'efforcera de faire disparaître les lésions internes qui la produisent. Or, la plupart de ces lésions sont, jusqu'ici, au-dessus des ressources de l'art.

Quant à sa nature, il est important de faire observer qu'il est souvent fort difficile de se prononcer sur la nature *active* ou *passive* d'une hydropisie. Quand on est bien assuré que l'hydropisie succède à des causes vraiment débilitantes, telles que l'habitation prolongée dans les prisons et les lieux humides, à la suite du scorbut et des hémorragies abondantes, il est très-opportun d'employer les analeptiques, et, en particulier, les ferrugineux.

L'hydropisie aiguë réclame le même traitement que les autres inflammations : saignées générales ou locales, suivant le besoin; boissons froides et acidulées, repos et diète absolue; tels sont les moyens dont on retire le plus d'efficacité.

L'hydropisie, considérée en elle-même, réclame trois sortes de médicaments : les diurétiques, les purgatifs et les sudorifiques. On emploiera et on variera ces moyens selon l'exigence des cas qu'il est impossible de préciser. La pratique seule fournit les indications à suivre.

Souvent il faut avoir recours à des moyens externes et chirurgicaux, dans le but d'ouvrir au dehors une voie à l'écoulement de la sérosité; à cette fin, on a conseillé les vésicatoires, les cautères et les sétons. Il faut remarquer cependant que les plaies qui en résultent exposent souvent les parties à être frappées d'une inflammation gangrénense. On doit en dire autant des scarifications; il est plus prudent de se contenter de simples mouchetures pratiquées avec une lancette enfoncée perpendiculairement jusqu'au devant du derme, ou de simples piqûres faites avec une aiguille à acupuncture, multipliées autant de fois qu'il est nécessaire. On peut aussi faire de simples incisions linéaires d'un demi-pouce à un pouce d'étendue, mais très-superficielles et n'intéressant que l'épiderme.

OEDÈME COMPACTE DES NOUVEAU-NÉS.

Cette maladie a reçu un très-grand nombre de dénominations; connue sous les noms d'*endurcissement*, d'*induration*, de *sclérème,* etc., elle a été appelée, tout récemment, *Asphyxie lente des enfants nouveau-nés*, dans un travail très-remarquable de M. Valleix (1), où ce point de la science a été élucidé, et dans lequel nous puiserons toutes les considérations que nous avons à vous présenter à ce sujet.

Caractères anatomiques. Le corps d'un enfant mort d'asphyxie lente avec œdème est, en général, d'une couleur rouge foncé, comme pendant la vie; mais, par un effet cadavérique, les parties les plus élevées sont quelquefois seulement marbrées, le fond est blanc ou jaunâtre et parsemé de larges taches livides. Cet effet dépend du passage du sang aux parties les plus déclives, dont la coloration violacée est uniforme.

Des incisions pratiquées sur les parties tuméfiées en font écouler une sérosité abondante ordinairement colorée en jaune. Si on examine les lèvres de l'incision, on voit d'abord que le derme laisse suinter de grosses gouttes de sang noir provenant de la division des vaisseaux engorgée; au-dessus, le pannicule graisseux offre un aspect granuleux. Cette couche graisseuse est divisée en petits grains séparés par des interstices œdémateux; et, lorsque l'infiltration est très-considérable,

(1) Thèses de Paris, 1835, n° 1.

ces corpuscules, surtout les plus inférieurs, sont assez éloignés les uns des autres et ne paraissent plus faire partie de la même membrane.

En s'approchant davantage de l'aponévrose, on trouve une masse comme gélatineuse, transparente, de laquelle la pression fait sortir beaucoup de sérosité; c'est le tissu lamelleux, énormément distendu par ce liquide.

Le tissu intermusculaire est à l'état naturel.

Les poumons sont, en général, gorgés de sang et remplis d'air. Trois fois M. Valleix les a trouvés engoués et deux fois indurés. On trouve très-souvent, dans les plèvres, une quantité notable de sérosité citrine, ou plus rarement de liquide sanguinolent. Plus souvent encore, M. Valleix a vu de la sérosité dans le péricarde, toujours rougeâtre et transparente. Toutes les cavités du cœur sont distendues par un sang noir et toujours liquide. Sur vingt cas où M. Valleix a examiné le trou ovale, il l'a vu trois fois largement ouvert; dans tous les autres, il était fermé par la valvule plus ou moins adhérente. Le canal artériel n'est presque jamais entièrement oblitéré. L'aorte et toutes les grosses artères sont distendues par du sang noir et liquide; les veines en sont énormément gonflées.

Le foie est le plus souvent dans un état de congestion évidente; lorsqu'on l'incise, il en coule une très-grande quantité de sang noir et fluide; mais son tissu n'a jamais offert à M. Valleix de ramollissement ni d'induration, et son volume lui a toujours semblé naturel. La vessie est pleine d'urine.

Il est rare qu'on ne trouve pas les membranes du cerveau gorgées de sang, elles forment un lacis noir très-remarquable; mais la substance cérébrale ne paraît pas toujours injectée en proportion de cet engorgement.

Causes et nature de la maladie. Voici comment s'explique M. Valleix à cet égard:

J'examine ces deux questions dans un même article, parce qu'elles s'éclairent l'une par l'autre.

Uzembezius est le premier qui ait attiré l'attention sur l'endurcissement des nouveau-nés. Son observation, qui date de 1718, est incomplète: il est impossible de décider s'il y est question de l'œdème ou de l'endurcissement adipeux; la rigidité dont il parle me fait pencher vers la seconde opinion. Son explication de la maladie par la stase du sang, et son épaississement qui produit le froid et la rigidité, est fausse, puisque le sang n'est pas épaissi. En somme, on ne peut pas tirer de grandes lumières de son observation. On a dit qu'elle était un exemple d'endurcissement avant la naissance. M. Denis, à qui appartient cette assertion, n'a sans doute pas pris garde qu'Uzembezius avoue n'avoir été appelé qu'après l'accouchement, sans dire combien de temps s'était écoulé; et que, s'il a jugé la maladie antérieure à la naissance, c'est peut-être parce qu'il la voyait pour la première fois et ne pouvait pas croire à un développement aussi rapide. Plusieurs auteurs, depuis, ont dit avoir vu des enfants durs à leur naissance. Ces faits sont fort rares, puisque madame Legrand, sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité, n'en a pas vu d'exemple. Ceux qu'on a cités ne sont pas assez bien décrits pour fixer notre opinion; et d'ailleurs, que prouverait leur démonstration? que des causes particulières peuvent produire cette maladie dans l'utérus aussi bien que l'ascite, l'hydrothorax et beaucoup d'autres. Ce serait aux observateurs à rechercher ces causes et à en expliquer l'effet. Ce travail difficile est loin d'être fait.

Nous avons vu comment une erreur d'Andry, dans une citation tirée d'Underwood, avait entraîné les auteurs qui ont écrit après lui, et avait fait admettre que l'observateur anglais confondait l'endurcissement avec l'érésipèle. Underwood ne connaissait d'autre endurcissement que l'adipeux. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait trouvé la peau dure comme adhérente aux os, blanche comme de la cire, et qu'il ait vu cet état succéder toujours à une phlegmasie gastro-intestinale. Denmann est dans le même cas. Je laisserai donc de côté leur explication de l'endurcissement par un spasme de la peau, effet sympathique d'une affection intestinale.

Trois auteurs ont vu la cause principale dans le froid, et la nature de la maladie dans une péripneumonie: ce sont Hulme, M. Troccon et M. Dugès. Le premier n'a connu, comme je l'ai démontré, que l'endurcissement adipeux. M. Troccon a décrit des cas d'œdème véritable et d'induration graisseuse sans distinction; il commence par établir que le froid repousse les fluides vers le centre, théorie bien peu applicable ici, où le sang est en si grande quantité à la périphérie, que l'enfant est livide. De plus, selon lui, le froid tonifie les organes intérieurs, et produit la péripneumonie; mais, comme je l'ai fait voir plus haut, les caractères qu'il donne à cette lésion ne sont d'aucune valeur, et sa théorie s'écroule.

M. Dugès, qui a fort bien distingué les deux états, ne fournit pas de preuves suffisantes à l'appui de son opinion. Il a trouvé, il est vrai, le poumon hépatisé; j'ai vu aussi des lésions semblables; mais j'ai pris soin de noter l'époque à laquelle l'inflammation du poumon est survenue. Sans cette précaution, pas de conclusion possible. M. Dugès s'appuie sur le mémoire de Hulme, dont nous connaissons l'insuffisance.

On peut d'ailleurs répondre victorieuse-

ment à ces trois auteurs par des faits nombreux tirés d'Auvity, de Billard, de M. Léger, de M. Blanche, où l'ouverture des corps a montré les poumons à l'état naturel ou à peine congestionnés.

L'opinion d'Andry et d'Auvity fut généralement adoptée ; la principale cause, selon eux, était le froid humide : non-seulement, disaient-ils, il supprime la transpiration cutanée, mais encore il coagule, il congèle même les sucs séreux et adipeux, et endurcit les tissus. Les objections se présentent ici naturellement Comment ces auteurs peuvent-ils prétendre qu'il y a coagulation et congélation des sucs, lorsque, dans les mêmes écrits, ils ajoutent que des incisions après la mort font écouler une sérosité abondante des parties malades? Comment ont-ils cru que les tissus étaient indurés, lorsqu'après l'issue de cette sérosité ils trouvaient les parties plus flasques et plus molles que dans l'état naturel? Comment la coagulation et la congélation n'atteignent-elles pas le sang stagnant dans le derme le plus voisin des agents extérieurs? Auvity, dont le travail consciencieux est certainement le plus important qui ait été fait à cette époque a, sans aucun doute, été induit en erreur par la confusion qu'il faisait de plusieurs affections différentes. Comment parvenir à la connaissance parfaite d'une maladie, quand vous êtes obligé de la regarder comme inflammatoire (érésipèle, et en même temps atonique (endurcissement adipeux); quand, après avoir trouvé une dureté et une adhérence de la peau, sans écoulement de sérosité (endurcissement adipeux), vous rencontrez de la rénitence, une légère mobilité des téguments et une sérosité abondante (œdème); quand vous voyez la peau livide ou décolorée indifféremment, etc., et que vous ne faites aucune distinction entre ces divers états? Or, voilà où en était la science. Je dois à la vérité d'ajouter qu'Andry et Auvity ont eu le mérite de fixer l'attention sur cette maladie des nouveau-nés, qu'ils ont combattu avec succès plusieurs erreurs accréditées sur cette matière, qu'ils ont perfectionné le traitement, et que leurs écrits doivent être encore consultés.

Le professeur Seb. Liberali, dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Athénée de Trévise, partage l'opinion d'Auvity sur l'action du froid : il a aussi fréquemment trouvé des inflammations internes; mais, comme il ne les regarde pas comme primitives, ce n'est plus ici le lieu de discuter cette question. Au reste, même confusion des divers états.

Je laisserai de côté les théories de Naudeau, Alard, Souville, etc., parce qu'elles me paraissent avoir été renversées par tout ce qui a été écrit depuis, et qu'elles sont abandonnées.

Passons à des travaux plus modernes et qui méritent un examen particulier : ce sont ceux de MM. Paletta, Léger, Denis et Billard. Quant à la thèse de M. Blanche, il me suffira de dire qu'elle ne traite des causes et de la nature de la maladie que très-secondairement. L'auteur nous prévient qu'il a plutôt voulu rassembler des faits bien détaillés et bien constatés, pour servir à l'histoire de cette affection, qu'écrire un mémoire *ex professo ;* aussi s'est-il contenté de signaler l'action des agents extérieurs, et du froid en particulier, parmi les causes, et d'établir qu'il y avait maladie primitive indépendante des phlegmasies trouvées dans les organes à l'ouverture des corps. D'ailleurs, M. Lediberder, interne avec moi à l'hospice des Enfants-Trouvés, sous la direction duquel les faits ont été rassemblés et la thèse composée, a, depuis, été amené, par de nouvelles observations, à partager ma manière de voir.

Dans un mémoire lu, en 1823, à l'Institut de Milan, par Paletta (1), cet auteur met d'abord en doute l'influence du froid; il a vu la maladie se développer en été. Selon lui, la véritable cause est l'état de flaccidité dans lequel restent les poumons, et surtout le droit, après la naissance; il s'ensuit un engorgement qui arrête la circulation : de là, stase du sang dans la veine ombilicale et congestion du foie. Pour que ces effets aient lieu, il faut que l'enfant soit faible; aussi le professeur italien regarde-t-il la débilité comme une condition essentielle.

Cette théorie n'est pas soutenable : il est très-vrai que la faiblesse est une des principales causes de cette maladie, presque tous les avortons reçus à l'hospice des Enfants-Trouvés en sont atteints; mais, quant à l'état des poumons, une multitude d'observations prises dans tous les auteurs prouvent qu'il n'est pas constant. D'un autre côté, sur 77 cas, Billard n'en a vu que 20 qui aient offert le foie malade; MM. Blanche et Denis ont trouvé cet organe très-souvent dans l'état naturel; j'ai eu le même résultat dans près de la moitié des cas. Paletta paraît n'avoir guère vu l'endurcissement que chez des avortons : or, les avortons meurent presque tous avant d'avoir entièrement développé leurs poumons, et leur foie est le plus souvent congestionné.

L'explication de l'engorgement du foie par l'arrêt du sang dans la veine ombilicale tombe d'elle-même. Le sang, dit Paletta, ne peut traverser le poumon; il s'accumule dans les cavités droites du cœur; il empêche l'écoulement de celui qui vient de la veine ombilicale, et ce dernier se répand en grande quantité dans le foie. Mais le sang ne peut stagner dans la veine ombilicale que par un obstacle à la

(1) Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés. — Archives générales de médecine, mai 1824, trad. de M. Bailly.

veine cave inférieure, puisqu'en définitive il ne parvient au cœur que par l'intermédiaire de cette veine. Le sang de la veine porte et celui des extrémités inférieures, qui n'ont pas d'autre débouché, sont dans le même cas. Bien plus, comme en remontant, on trouve le véritable obstacle dans les cavités droites du cœur, la veine cave supérieure ne pourra pas se vider avec plus de facilité; et, de là, stase dans la partie supérieure du corps. Ainsi, les congestions n'auront pas plutôt lieu dans le foie que dans les intestins, le cerveau, etc. La stase sera générale, et s'observera aussi bien à la périphérie qu'au centre : c'est ce que démontre l'expérience, contre laquelle tous les raisonnements viennent échouer.

M. Léger, dans sa thèse inaugurale, faite sous les yeux de M. Breschet, admet plusieurs causes entre lesquelles il paraît hésiter; la principale, néanmoins, est un trouble dans la respiration et la circulation, qui rend le sang plus séreux. Vient ensuite la non oblitération des ouvertures fœtales; et comme M. Léger croyait à la coagulation de la sérosité dans le tissu cellulaire, et avait même créé le nom d'œdème compacte, il a accueilli avec empressement les expériences de M. Chevreul, qui tendent à prouver que la sérosité, chez les enfants durs, est beaucoup plus coagulable que chez les autres individus. Enfin il regarde l'ictère comme un premier degré de la maladie.

Cette dernière assertion a été démentie par des faits trop nombreux pour que je m'y arrête. Les troubles de la respiration et de la circulation sont certainement des causes puissantes de cette maladie; mais ce trouble lui-même par quoi est-il produit? est-il donc impossible de le reconnaître?

Je ne nierai pas l'augmentation de la sérosité du sang, mais cette explication est inutile. Puisque M. Léger regardait l'infiltration de la sérosité comme analogue à l'anasarque des adultes, il aurait dû se rappeler que l'on a très-souvent observé cette maladie sans trouver une plus grande quantité de sérosité dans le sang. D'ailleurs, quand on a vu des ascites survenir à la suite de tumeurs qui comprimaient la veine porte et la veine cave inférieure, le sang contenait-il plus de sérosité dans ce point que dans le reste du corps? Ce n'est donc pas par la simple augmentation de la sérosité que ces anasarques se produisent.

Aux faits nombreux et inattaquables qui ont été opposés à la persistance des ouvertures fœtales, je crois inutile d'ajouter ceux que j'ai recueillis. Je ne parlerai point de l'ictère par la même raison.

Nous avons vu que c'était à tort qu'on supposait la coagulation de la sérosité; l'œdème compacte n'existe pas; les expériences de Billard sont concluantes à cet égard; M. Léger lui-même a toujours vu la sérosité liquide. J'ajouterai que, si cette sérosité est coagulable à un aussi haut degré, elle devrait se prendre en masse dans la cavité du péritoine et dans la plèvre aussi bien que partout ailleurs. Or, M. Léger, qui a souvent trouvé ce liquide dans ces cavités, n'a jamais rien vu de semblable.

J'ai exprimé déjà ma pensée sur la brièveté du tube digestif, que cet auteur a seulement fait remarquer, sans en tirer les conclusions qu'on lui a prêtées depuis.

L'opinion de M. Denis (1) est toute différente; selon lui, il y a véritable irritation du tissu cellulaire, coïncidant avec des affections internes variées, et le plus souvent avec des phlegmasies gastro-intestinales. Les causes de cet état sont (je cite textuellement) 1° une prolongation vicieuse, même une augmentation de la prédominance cellulaire primitive, cause qu'on peut appeler prédisposante; 2° la cause immédiate et suffisante consiste dans un trouble de l'alimentation fœtale; 3° toute surexcitation passagère ou permanente, qui agit sur le système d'un nouveau-né dont le parenchyme cellulaire est doué de l'exagération de vitalité signalée, tendra à y déterminer l'endurcissement.

Je demanderai à M. Denis comment il a constaté la prolongation vicieuse et l'augmentation de la prédominance cellulaire primitive dans les cas d'œdème. Quand on a évacué la sérosité, reste-t-il une plus grande quantité de tissu? et, dans l'endurcissement adipeux, n'avons-nous pas indiqué une expérience bien simple, qui démontre que la graisse n'y est pas plus abondante?

Quant à la cause immédiate et suffisante, comment l'avez-vous reconnue, et y a-t-il moyen de la reconnaître? M. Denis ajoute que l'alimentation fœtale se fait dans les lieux mêmes où l'assimilation s'effectue, c'est-à-dire dans le parenchyme cellulaire, qui est la trame organique.

Ce langage est-il physiologique? et ne surprend-il pas de la part d'un médecin qui se dit *physiologiste* et écrit dans sa préface que la *physiologie* est la seule base de la médecine?

L'alimentation, si je ne me trompe, est l'ingestion ou l'absorption d'aliments quelconques destinés à donner au sang des qualités nutritives; or, il serait absurde de supposer que cet acte se passe dans le tissu cellulaire du fœtus. M. Denis a donc confondu l'alimentation avec l'assimilation. Mais passons, et demandons à M. Denis quelles preuves il apportera de ce trouble dans l'assimilation, quels faits il citera à l'appui. N'est-il pas étonnant

(1) De l'ictère et de l'endurcissement du tissu cellulaire chez les enfants nouveau-nés.—Thèses de Paris, 1834, n° 159.

qu'un auteur qui a pu observer un si grand nombre de cas, noter l'affaiblissement extrême de deux fonctions aussi importantes que la respiration et la circulation, ouvrir des cadavres et voir couler une énorme quantité de sang noir et liquide, néglige tous ces faits pour se livrer à des écarts d'imagination semblables?

Quant à la surexcitation du tissu cellulaire et à son état d'irritation, Billard a répondu avec raison qu'une irritation aussi générale, quelque légère qu'elle fût, déterminerait des symptômes violents et facilement reconnaissables.

Billard a eu d'abord grand soin de distinguer l'œdème de l'endurcissement adipeux; je crois avoir démontré que c'était avec juste raison. Sa théorie se ressent évidemment de cette précaution. Autant nous avons trouvé d'obscurité dans les auteurs qui l'ont précédé, autant nous voyons dans son article de clarté et de précision. J'ai même, en parcourant attentivement son ouvrage, découvert tous les éléments qui pouvaient servir à la résolution du problème. Ainsi, d'une part, il constate avec soin l'état pénible de la respiration, l'abondance extrême du sang, l'assoupissement des malades; et de l'autre, voici comment il s'exprime dans un passage de sa Dissertation sur la viabilité : « Une simple congestion « pulmonaire sans inflammation est une en- « trave à l'introduction de l'air dans le tissu « des poumons. Il existe entre la respiration « et la circulation une relation tellement « étroite, que le trouble de l'une produit né- « cessairement celui de l'autre. Certains en- « fants offrent en naissant, dans tous leurs « organes, une turgescence sanguine si con- « sidérable que le sang est exhalé de toute « part et reste stagnant, même dans les par- « ties les moins déclives. Les poumons, le « cœur et le foie se ressentent surtout de cette « congestion; les poumons ne reçoivent donc « pas l'air que l'enfant inspire ou ne le reçoi- « vent qu'en partie. Les enfants qui naissent « dans cet état *ont ordinairement les mem-* « *bres œdémateux*, les téguments violacés; « leurs mouvements sont lents et pénibles, « leur cri presque étouffé, les battements « du cœur obscurs, et le pouls presque im- « perceptible. L'enfant, plongé dans un état « d'affaissement et d'engourdissement géné- « ral, languit quelques heures ou quelques « jours, et succombe enfin. On trouve, à l'ou- « verture du cadavre, une très-petite quantité « d'air au bord antérieur des poumons, dont « la plus grande partie est gorgée de sang, et « dont la surface est quelquefois emphysé- « mateuse. Dans ce cas, un obstacle mécani- « que empêche l'air de pénétrer dans le tissu « des poumons, et la mort a lieu par as- « phyxie. »

Ne voit-on pas, au premier coup d'œil, une ressemblance frappante avec l'asphyxie lente œdémateuse dont il a été principalement question dans mon travail? Que faudrait-il pour qu'il y eût identité parfaite? que, dans tous les cas, les poumons fussent gorgés de sang et ne fussent perméables qu'en partie. Mais cette imperméabilité est-elle nécessaire pour que la respiration et la circulation éprouvent un trouble marqué, source de tous les accidents, selon Billard lui-même? On ne saurait le prétendre, puisque, dans l'œdème du tissu cellulaire, un si grand nombre d'auteurs ont noté la gêne extrême de la respiration, sans lésion organique des poumons. Ainsi, toute gêne marquée de cette importante fonction, dans les premiers jours de la vie, époque où l'on trouve fréquemment la turgescence sanguine, pourra produire l'asphyxie lente avec œdème, et c'est là justement ce que je voulais démontrer.

Ces faits, si précieux pour la solution de la question importante, sont demeurés stériles entre les mains de Billard : il a cru devoir recourir, pour expliquer son œdème des nouveau-nés, à un grand trouble dans la circulation capillaire et à un dérangement dans la sécrétion perspiratoire du tissu cellulaire. De ce vice dans les conclusions découle un grand vague dans le traitement, but final de toute recherche pathologique.

Après avoir ainsi combattu les divers systèmes proposés par les auteurs, je vais exposer les idées qui m'ont été fournies par l'observation des faits. L'enfant, en naissant, est dans un état de congestion sanguine générale plus ou moins prononcé; l'extérieur est surtout gorgé de sang, et de là cette coloration rouge foncé des nouveau-nés. Dans les premiers jours, lorsque la vie est bien établie, cette turgescence diminue peu à peu, la circulation est active, les pertes abondantes et la réparation faible, quoique l'enfant avale avec avidité les boissons qu'on lui présente. Mais je suppose qu'on suit les lois de la nature, et qu'on lui donne des liquides destinés à le désaltérer plutôt qu'à le nourrir. Si les principales fonctions, et surtout la respiration et la circulation, sont entravées, cet état de turgescence persistera, il y aura une stase du sang veineux partout, et il s'ensuivra un œdème du tissu cellulaire et des épanchements de sérosité dans les cavités.

La faiblesse congéniale qui permet à peine aux enfants de développer leur poitrine, et dans laquelle les poumons restent le plus souvent en partie imperméables, occupera la première place parmi les causes. Tous les auteurs ont trouvé les avortons qui avaient respiré quelques instants plus ou moins œdématiés.

Les autres causes citées par M. Dugès, dans l'article de sa thèse intitulée *Asphyxie,*

viennent ensuite ; je les ai énumérés au commencement de ce travail. Parmi elles, la pléthore sanguine, résultat fréquent de la trop prompte ligature du cordon, doit être mise en première ligne.

La question du froid, tant débattue, ne me paraît pas douteuse.

Des chiffres ont prouvé que la maladie était plus fréquente en hiver qu'en été. Dans cette dernière saison, les mois les plus froids sont les plus féconds en endurcissements. Les symptômes sont bien plus graves et plus dangereux par un temps rigoureux ; je pense même que le froid est une des circonstances les plus propres à la production de la maladie. En effet, qu'un enfant vienne au monde faible ou gorgé de sang ; si ces deux états ne sont pas portés à l'extrême, on conçoit que des soins empressés, une douce chaleur, une excitation modérée pourront suffire pour le tirer de son affaissement et rétablir les fonctions ; alors le dégorgement général s'opérera comme il a été dit plus haut.

Mais si, au contraire, le froid survient, c'est une cause d'engourdissement ajoutée aux causes existantes ; l'enfant ne sortira pas de son assoupissement ; les organes, gorgés de sang non hématosé, resteront dans l'inertie ; pas d'appétence pour les aliments, pas d'excrétions ; les centres nerveux engourdis n'auront aucune action ; et, par un changement fréquent dans la nature, les effets devenant cause à leur tour, cet engourdissement dans les centres nerveux rendra la respiration plus difficile ; il en sera de même de la congestion pulmonaire, la stase du sang augmentera, l'œdème se produira, le corps se refroidira ; et, si l'art ne vient au secours du malade, il périra infailliblement.

Cette théorie est en harmonie avec les faits. Sur cent enfants affectés d'asphyxie avec œdème, il n'en vient pas dix de la Maternité.

Où trouver la cause de cette différence, si ce n'est dans les soins qu'on prend des nouveau-nés à la Maison d'accouchement, et qui sont très-négligés pour ceux qui viennent de l'intérieur de Paris? On a souvent vu de ces petits malheureux arriver, dans les hivers les plus rigoureux, à peine couverts d'un mauvais morceau de linge.

L'attention qu'on a dans l'hospice de la Maternité, d'examiner les enfants naissants, de s'assurer que rien n'entrave la respiration, et de lever tous les obstacles, doit être rare en ville chez les gens malheureux, qui ne peuvent pas garder leurs enfants, et qui s'adressent souvent à des sages-femmes ignorantes. De là une autre cause de la différence statistique que j'ai signalée. Cette comparaison est d'autant plus juste, que sur 4,982 enfants reçus à l'hospice en 1832 (1), il en venait 2,056 de la Maternité ou des hôpitaux de Paris, dans lesquels les accouchements se font avec le même soin.

A ceux qui ont prétendu que la maladie pouvait dépendre d'un état morbide de la mère, Auvity a répondu péremptoirement par des faits ; il a visité les mères avant et après les couches, et les a vues le plus souvent dans un état de santé florissante.

Il suit de ce qui précède que l'anasarque des nouveau-nés est tout à fait semblable, au fond, à l'anasarque passive des adultes produite par une gêne quelconque de la circulation : résultat important qui lie deux affections qu'on croyait si différentes, qui fournit les moyens de les éclairer l'une par l'autre, et donne une extension nouvelle à la théorie établie par M. Bouillaud (2) et appuyée plus tard par M. Reynaud (3), sur la production des hydropisies par l'arrêt du sang dans les veines. Ici, l'obstacle est au centre circulatoire, comme dans certaines maladies du cœur, et, par conséquent, l'œdème est général.

M. Baron, médecin en chef de l'hospice des Enfants-Trouvés, a regardé, avec tous les observateurs judicieux, comme une des causes les plus puissantes de l'anasarque des nouveau-nés, un trouble quelconque de la respiration et de la circulation.

Symptômes. Au début de la maladie, les symptômes prédominants sont la coloration des téguments, l'assoupissement et la gêne de la respiration. Bientôt l'œdème se déclare ; il commence par les extrémités, et d'abord par les inférieures : celles-ci conservent leur coloration violette ; les pieds deviennent souvent tout à fait bleus ; ils sont distendus par la sérosité, et la plante des pieds fait une saillie *en forme de dos d'âne ;* les jambes présentent une dureté légèrement pâteuse. Bientôt les mains et les avant-bras sont envahis de la même manière ; ensuite la face se tuméfie en même temps que les cuisses et les bras, le scrotum, ou les grandes lèvres, le pénil, l'hypogastre ; enfin le tronc est le dernier atteint, et le plus souvent il n'est point envahi par l'œdème. L'enfant est alors bouffi ; les paupières se gonflent au point de devenir quelquefois demi-transparentes ; et les yeux, qui auparavant n'étaient ouverts qu'avec peine, et de loin en loin, restent fermés. La coloration violette de la face est souvent mêlée d'un bleu foncé, qui se remarque surtout aux lèvres, lieux où apparaissent les premières lividités dans toute gêne de la respiration ;

(1) Ce chiffre peut être regardé comme un terme moyen.

(2) Archives générales de médecine, et articles *Ascite*, *Anasarque* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

(3) Journal hebdomadaire, tom. 3, pag. 137.

quelquefois cette coloration est mêlée d'un rouge assez vif sur toute l'étendue des joues. Il n'est pas rare de voir une teinte ictérique se montrer à la face et sur la sclérotique. Le corps est partout d'un rouge foncé, ou bien couvert de taches violacées, séparées par des intervalles plus clairs et même blanchâtres; il offre aussi souvent la teinte ictérique dont je viens de parler. Toutes ces parties sont froides au toucher, et principalement les pieds et les mains. M. Valleix a souvent expérimenté que si l'on tenait l'enfant couché sur le côté droit, ce qui est le plus ordinaire, toute cette partie du corps était beaucoup plus tuméfiée que l'autre.

En pressant assez fortement la peau, on produit un enfoncement profond et disparaissant avec lenteur.

La membrane buccale est ordinairement d'une couleur violacée; la langue, rarement d'un rouge vif, est humide, fraîche, participant au refroidissement général. Le ventre est souple, quelquefois tendre, indolent. L'enfant n'a aucune appétence pour les aliments. Il n'y a, d'ailleurs, ni vomissements ni diarrhée; une constipation opiniâtre est, au contraire, assez fréquente.

La respiration est gênée, et, dans quelques cas, la percussion donne un son mat dans divers points du thorax; l'inspiration se fait brusquement, est courte, et la poitrine se dilate difficilement; l'expiration, au contraire, est très-lente.

La circulation est toujours faible et embarrassée.

Quant aux sensations, le malade est plongé dans un assoupissement profond. Si on l'abandonnait à lui-même, il mourrait sans se plaindre et sans paraître éprouver le moindre besoin : c'est dire assez que toutes les sensations sont engourdies; la sensibilité paraît même fort obtuse; si l'on veut faire pousser des cris à l'enfant, il faut le secouer rudement et même quelquefois lui causer de la douleur.

Quelquefois il présente des convulsions, du trismus. Le cri est remarquable; il est aigu, entrecoupé, extrêmement faible, souvent étouffé et voilé. Ces caractères n'existent que dans les premiers moments; peu à peu il devient plus fort, plus grave, et finit par se rapprocher du cri des enfants bien portants.

Au début de la maladie, tous ces signes existent, quoiqu'à un faible degré; en peu de temps ils prennent de l'accroissement. La propagation de l'œdème coïncide avec un assoupissement plus profond, une respiration plus ralentie, une circulation plus faible, un cri plus étouffé, un refroidissement plus grand, qui s'étend même à l'intérieur de la bouche : ces symptômes finissent par être portés à leur comble; une sérosité sanguinolente s'écoule par la bouche, le nez, et sort quelquefois d'entre les paupières. Enfin la mort arrive sans agitation, sans soupirs et sans convulsions.

La terminaison est quelquefois plus heureuse; lorsqu'il en est ainsi, la respiration devient plus facile, la circulation se relève, l'enfant se réveille, fait des efforts pour ouvrir les yeux quand les paupières sont œdématiées, les ouvre dans le cas contraire, mais d'abord à de très-longs intervalles, et pour très-peu de temps chaque fois; il commence à boire et à teter avec plus de plaisir et d'avidité; son cri prend de la force, et bientôt l'œdème disparaît graduellement. Ce sont les paupières et les avant-bras qui se dégorgent les premiers, puis les cuisses et l'hypogastre; viennent ensuite les mains. Mais les jambes et les pieds restent infiltrés, longtemps encore après que les autres parties sont revenues à leur état naturel; si cette infiltration des extrémités inférieures persiste trop longtemps, c'est une preuve que les fonctions intérieures n'ont pas repris toute leur intégrité. L'enfant reste dans l'affaissement, il ne prend pas de goût pour les aliments, il n'est pas nourri; il peut végéter longtemps, vivre ainsi pendant quinze et vingt jours, et finir par s'éteindre.

Traitement. Nous reproduirons encore ici les opinions de M. Valleix, à l'excellent travail duquel nous avons emprunté presque tout cet article.

Les essais que j'ai tentés dans le traitement de cette maladie ne sont pas assez nombreux pour que j'en puisse tirer des conséquences rigoureuses; mais je puis citer des faits qui engageront les praticiens à ne pas désespérer de la guérison. Voici d'abord ce que j'ai observé à l'égard des évacuations sanguines.

Frappé de la quantité énorme de sang que contenaient les malades, je pensai que cette surabondance pouvait opprimer les principales fonctions, comme cela a lieu dans l'état d'asphyxie au moment de la naissance, mal à propos nommée apoplexie. Je fis appliquer deux sangsues derrière les oreilles à un de ces enfants. Les piqûres donnèrent beaucoup de sang; le malade se réveilla et commença une vie très-active qui dura huit jours; mais il conserva une teinte rouge foncé, signe d'une pléthore considérable, état bien différent de celui des autres enfants, à qui l'on a appliqué seulement une sangsue et qui ont perdu fort peu de sang; enfin un érésipèle survint et emporta la maladie.

Je crus voir là un véritable succès; je résolus d'insister davantage sur les évacuations sanguines.

Le 13, l'état est sensiblement amélioré; la face est moins livide; les membres supérieurs sont revenus à l'état naturel; les téguments y sont flasques et chauds; la coloration foncée et l'œdème persistent aux pieds; cri plus libre et plus fort; les yeux s'ouvrent de temps

en temps. (Une sangsue à l'anus, même lavement; lait d'une nourrice trois fois par jour.)

Le 14 : hier, après la chute de la sangsue et l'écoulement d'une grande quantité de sang, l'enfant a été dans un état plus satisfaisant qu'on ne pouvait l'espérer; il a rouvert les yeux, pris le sein et teté avec facilité; cri fort et libre. Mais aujourd'hui l'assoupissement est revenu avec tous les autres symptômes sans exception; l'enfant ne veut plus teter. (Une sangsue à l'anus; même lavement.)

Le 15, après la saignée, l'état s'est beaucoup amélioré; et, si ce n'était l'œdème des jambes et des pieds, on ne croirait pas que l'enfant a été malade. Sa peau est bien colorée, et même un peu rouge, sans lividité. point de selle sans lavement. (Nourrice trois fois par jour.)

Le 16, état très-satisfaisant; légère ecchymose aux paupières, et ophthalmie. (Collyre et nourrice.)

Les jours suivants, les fonctions s'exécutent bien, sauf la défécation, qui n'a lieu que par les lavements; mais l'œdème des jambes persiste.

Le 21, l'infiltration des jambes, loin de se dissiper, a augmenté; la respiration est gênée; l'inspiration, courte et singultueuse, se fait à de longs intervalles, elle est bruyante : état bien différent de l'agonie des enfants indurés; peau chaude, peu colorée; anxiété, symptômes fébriles. Tout le côté gauche de la poitrine rend un son mat; un râle sec à grosses bulles s'entend dans toute la hauteur du côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière; écume à la bouche, agonie. Cet enfant n'est pas encore mort au moment où j'écris ces lignes, mais il succombera infailliblement à la pneumonie dont il offre des symptômes: ce qui confirme mes idées relativement à l'asphyxie lente des nouveau-nés; car lorsque l'inflammation des poumons est survenue, on pouvait penser que cet enfant avait échappé à sa première maladie. Je n'ai, d'ailleurs, voulu citer cette observation qu'à propos du traitement.

Je ne ferai pas remarquer l'effet extraordinaire produit par les sangsues; on en est d'abord frappé : cet enfant a été trois fois tiré de l'agonie par les évacuations sanguines; les dernières semblaient l'avoir tout à fait guéri.

Ce que je dois noter avec soin, c'est l'état pléthorique persistant après d'aussi abondantes pertes de sang : on en tire certainement plus qu'il ne serait prudent d'en enlever à un enfant de huit à dix ans, et néanmoins la face reste livide, la peau est violette, l'assoupissement persiste. Ce fait me fournira en même temps l'occasion de faire observer une nouvelle différence entre l'asphyxie lente avec œdème et l'endurcissement adipeux. Dans le premier, nous voyons les sangsues procurer des saignées abondantes et difficiles à arrêter; dans le second, elles ne veulent pas mordre, ou, si elles le font, le sang a la plus grande peine à couler et s'arrête au bout de peu d'instants : effet évident de la congestion sanguine des téguments dans un cas, et de l'absence presque complète de ce liquide dans l'autre.

J'ai continué l'emploi des sangsues dans trois cas, dont l'un offrant l'endurcissement adipeux, ne présentait pas de chances de succès : aussi le sang n'a-t-il pas coulé. Dans les deux autres, les saignées ont été des plus abondantes; un des enfants a perdu beaucoup de sang pendant toute une nuit, et on en avait retiré, à plusieurs reprises, de gros caillots de ses langes. Le résultat a été des plus satisfaisants; et ces deux malades, dont l'endurcissement avancé avait été constaté par MM. Thévenot et Auvity, sont maintenant en très-bon état et entre les mains d'une nourrice. Ces observations s'accordent avec celles de Paletta : ce praticien emploie les saignées répétées pour combattre la congestion du foie; ici c'est la congestion générale que j'ai attaquée. Les enfants pléthoriques sont ceux qui doivent être saignés le plus abondamment et avec le plus de persévérance. J'employai pour la première fois les lavements avec le sel commun sur un enfant agonisant : des selles abondantes et liquides eurent lieu. L'œdème avait disparu le lendemain, mais la diarrhée persista; l'endurcissement adipeux survint, et l'enfant mourut. J'ai, depuis, remis ce moyen en usage : il n'a pas produit les mêmes accidents, et je l'ai trouvé utile dans les cas où les selles étaient supprimées. Cependant il faut de la prudence dans son emploi : une tisane d'orge miellée a suffi plusieurs fois pour favoriser et entretenir la défécation.

Les bains émollients, les lotions peu excitantes ne me paraissent pas contraires, mais ils sont insuffisants. Il est des cas si favorables, que le simple séjour dans une salle chaude guérit les enfants. On conçoit qu'alors tous ces remèdes doivent avoir du succès. J'en ai vu fort peu d'exemples, mais je me suis rarement trompé dans le pronostic. Les enfants étaient forts, criaient et respiraient encore assez bien; la calorification n'était pas sensiblement diminuée; les seuls symptômes étaient la faiblesse de la circulation, la coloration violacée et un commencement d'œdème. La chaleur environnante était un excitant suffisant pour les tirer de leur léthargie, et ils sortaient de la salle en bon état.

Les frictions irritantes employées seules n'ont jamais, à ma connaissance, produit aucun bon effet; combinées avec des évacuations sanguines, elles stimulent la peau et peuvent favoriser la transpiration. Mais n'est-il pas à craindre qu'elles ne produisent un érésipèle lorsque surviendra la réaction, qui est quel-

quefois violente? Les toniques à l'intérieur offrent les mêmes inconvénients. Je sais bien que les malades ne prenant pas d'aliments, on peut craindre qu'ils ne s'affaiblissent; mais un des effets les plus constants de la maladie étant la stase du sang, que peuvent des médicaments à peine absorbés dans les premiers moments? et, quand la réaction arrivera, quel sera leur effet sur la membrane muqueuse digestive, qui a une tendance si grande à s'enflammer?

Je n'ai jamais vu la vapeur épaisse qui sort des langes et du corps des enfants qu'on a enveloppés dans la laine; Billard seul en fait mention. L'emploi de ces vêtements est utile pour entretenir une chaleur artificielle.

Les vésicatoires aux jambes ont produit de bons effets entre les mains d'Andry et d'Auvity : je n'ai jamais vu employer de ces moyens.

On crut d'abord que les bains de vapeur devaient produire des merveilles; mais des congestions cérébrales, des apoplexies, des épanchements de sang dans le crâne, ont fait renoncer à leur usage.

Ainsi, les saignées à l'aide de sangsues placées principalement à l'anus, pour dégorger tout le système; derrière les oreilles, s'il y a prédominance de la congestion cérébrale; sur la poitrine, si l'on regarde l'engorgement des poumons comme le point de départ, me paraissent devoir être la base du traitement; mais il faut les continuer avec persévérance : si l'on compte trop tôt sur les succès, si l'enfant n'est pas ramené à la coloration naturelle, la maladie se reproduit plus rebelle, et des lésions organiques peuvent s'y joindre.

Dans le cas où l'asphyxie œdémateuse est produite par une altération d'organes, comme on le voit dans le troisième paragraphe, c'est la maladie primitive qu'il faut traiter.

Conclusions générales.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Que la maladie connue sous les noms d'*induration, endurcissement, œdème du tissu cellulaire, sclérème, sclérémie,* etc., est une véritable asphyxie lente, semblable, par ses causes et ses symptômes, à l'asphyxie des nouveau-nés connue par les accoucheurs sous le nom d'*état apoplectique ;*

2° Que, loin de différer complétement de toutes les autres maladies, elle a les plus grands rapports avec l'anasarque passive des adultes;

3° Qu'il faut la distinguer soigneusement de l'état morbide appelé *endurcissement adipeux*, dont elle diffère par ses causes, sa nature, son siége et ses lésions;

4° Que le traitement doit consister principalement en évacuations sanguines abondantes et continuées avec persévérance.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DES MEMBRANES SÉREUSES.

I. MALADIES DE LA MEMBRANE SÉREUSE CÉPHALO-RACHIDIENNE.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

HYPÉRÉMIES.

Dans certains cas, des symptômes fugitifs des méninges ne peuvent être attribués qu'à une hypérémie active. Dans les affections organiques du cœur, il se produit dans les méninges des hypérémies passives et mécaniques.

PHEGMASIES.

De la méningite aiguë.

Nous désignerons ainsi l'inflammation des trois membranes céphalo-rachidiennes.

Caractères anatomiques. 1° Dans la dure-mère. Les lésions de la dure-mère sont beaucoup plus rares que celles des autres membranes qui enveloppent le cerveau. Nous avons trouvé des tumeurs développées à la surface interne de la dure-mère, tumeurs qui avaient une texture analogue à celle de la dure-mère. Ces tumeurs peuvent avoir leur siége soit dans la portion de la dure-mère en contact avec la voûte du crâne, soit dans l'une des deux portions de la tente du cervelet. Nous avons trouvé une ossification considérable de la faux du cerveau. Des plaques cartilagineuses peuvent se former dans le tissu cellulaire interposé entre le tissu propre de la dure-mère et celui de l'arachnoïde. Cette dernière membrane peut être séparée de la dure-mère par de petits foyers de pus. Enfin on peut trouver aussi un épanchement de sang entre ces deux membranes.

2° Dans l'arachnoïde. Différents produits morbides peuvent être trouvés dans la cavité même de cette membrane. Tantôt c'est de la sérosité trouble, lactescente, avec des flocons purulents; tantôt ce sont de fausses membranes organisées ou non, tapissant l'une ou l'autre des faces libres de l'arachnoïde. Dans d'autres cas, ce sont des adhérences, des brides semblables à celles que nous trouverons dans la plèvre et qui s'étendent de l'une des surfaces libres de la membrane séreuse à son autre surface libre. Au lieu de ces produits morbides, on n'observe, dans d'autres circonstances, qu'une sécheresse remarquable de l'arachnoïde à la surface non adhérente. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que jamais nous n'avons trouvé, dans cette membrane, la moindre injection vasculaire, le moindre changement de couleur, ni épaississement. Les épanchements de sérosité sont plus communs dans les ventricules que dans la grande cavité de l'arachnoïde. On doit en dire autant des épanchements de pus.

3° Dans la pie-mère. Les lésions de cette

membrane sont de beaucoup plus fréquentes que celles des deux autres. Son tissu peut être infiltré soit par de la sérosité claire, incolore et transparente, soit par un liquide trouble, lactescent, soit par du pus ; il peut être passé à un état d'induration squirrheuse. On peut y trouver des kistes séreux de grandeur et de nombre variables, des plaques cartilagineuses ou osseuses, des tubercules en nombre variable, des adhérences établies entre les portions de pie-mère qui abandonnent l'arachnoïde pour tapisser l'intérieur d'une anfractuosité. Ces altérations occupent des siéges divers ; ainsi, la méningite peut être générale ou partielle. Dans ce dernier cas, on distingue : 1° celle de la convexité des hémisphères ; 2° celle de la base, toutes deux occupant les deux côtés, ou se bornant à un seul ; 3° une méningite ventriculaire seule ou coïncidant avec l'une des deux autres, qui, reconnaissant pour lésion principale un épanchement, prend le nom d'hydrocéphale aiguë ; 4° enfin, une méningite rachidienne générale ou partielle, et, dans ce dernier cas, bornée soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens antéro-postérieur.

Causes. L'enfance y est plus sujette que les autres périodes de la vie, elle n'est pas rare dans la jeunesse, plus dans l'âge adulte, et surtout plus encore dans la vieillesse, où elle est presque toujours liée à quelque complication. M. Guersent assure que les filles y sont plus sujettes que les garçons. Les coups, les chutes sur la tête, les commotions de cette partie, l'insolation, sont des causes fréquentes de méningite. Il en est de même des affections morales tristes, de la contention trop forte et trop longtemps soutenue des facultés intellectuelles. Il n'est pas rare de voir l'inflammation des méninges se déclarer sympathiquement, en même temps que la phlegmasie d'une ou de plusieurs autres membranes de l'ordre des séreuses. M. Foville a donné des soins à un homme de soixante ans, chez lequel, une hydrocèle ayant été opérée par injection, il survint, presque immédiatement après cette opération, une phlegmasie violente de presque toutes les synoviales, y compris celles des articulations temporo-maxillaires, des dernières phalanges des doigts et des orteils, et même de l'atlas avec l'axis; l'ankylose de plusieurs de ces jointures en fut la suite. Tous les signes rationnels d'une méningite aiguë se déclarèrent en même temps que ceux de ces phlegmasies articulaires.

Cette maladie règne souvent épidémiquement; elle est très-fréquente dans certaines années, dans certaines saisons, d'autres fois aussi très-rare dans une période de temps assez longue; elle est, en général, plus fréquente au printemps et à l'automne que pendant l'été et l'hiver.

Symptômes. Désordres fonctionnels des organes de la vie de relation. 1° Sensibilité. Une exaltation plus ou moins vive de leur sensibilité révèle les altérations des méninges, d'où production de la céphalalgie. Sur vingt-huit cas d'affections des méninges rapportés dans la *Clinique médicale*, la céphalalgie a existé seize fois, et douze fois ce symptôme n'a pas été observé. Il est à remarquer que la céphalalgie a existé avec des altérations fort différentes les unes des autres par leur nature et par leur siége. Ainsi, deux fois nous avons trouvé des tumeurs développées dans la dure-mère; deux fois un épanchement de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde; deux fois un épanchement considérable de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux ; trois fois rougeur vive des méninges; une fois concrétions pseudo-membraneuses déposées à l'intérieur de la grande cavité arachnoïdienne; cinq fois la pie-mère infiltrée de pus; une fois les ventricules remplis par un liquide purulent.

Chez les individus qui n'avaient point présenté de la céphalalgie, deux fois nous trouvâmes une infiltration de pus dans la pie-mère; une fois les ventricules remplis d'un liquide séro-purulent; trois fois de la sérosité soit épanchée dans les mailles de la pie-mère soit contenue dans des kystes; deux fois de la sérosité dans les ventricules; une fois dans la pie-mère et dans les ventricules; une fois un épaississement notable des méninges.

En réunissant nos faits à ceux publiés par MM. Parent-Duchâtelet et Dance, nous trouvons un total de cent quatre observations dans lesquelles la céphalalgie a été notée soixante-dix-huit fois. De ces faits on peut conclure que, dans la très-grande majorité des cas, la céphalalgie existe dans l'inflammation des méninges; mais rappelons-nous aussi que nous l'avons vue exister presque aussi constamment dans la fièvre typhoïde, et que, par conséquent, son existence ne peut être donnée comme un caractère de l'inflammation des méninges. Quant au siége de la céphalalgie, si, dans un certain nombre de cas, elle indique le siége de la légion des méninges, il n'en est pas toujours ainsi. Il est des cas dans lesquels elle est, ou beaucoup plus étendue ou beaucoup plus limitée que ne semblerait l'indiquer le siége même de la céphalalgie. Il peut arriver aussi que la douleur se fasse sentir loin du lieu où les méninges sont malades.

Si la présence et le siége de la céphalalgie sont insuffisants pour aider au diagnostic de la méningite, il n'en est pas de même de son intensité, qui est toujours beaucoup plus grande dans la méningite que dans la fièvre typhoïde.

La nature de la céphalalgie n'est pas la même

chez tous les malades : chez les uns, c'est la sensation d'un poids énorme sur le crâne; chez d'autres, ce sont de violents élancements, soit continus, soit par accès. Tantôt c'est un bandeau qui leur comprime fortement le front, tantôt c'est la tête qui est, disent-ils, serrée comme dans un étau. Ils ne peuvent supporter, sans d'effroyables douleurs, le moindre mouvement imprimé à la tête ou seulement au reste du corps. Chez quelques malades même la céphalalgie est augmentée par la pression la plus légère exercée sur le tégument du crâne.

La céphalalgie apparaît à une époque variable de la maladie, le plus ordinairement c'est au début, tantôt légère et sourde pour acquérir peu à peu une grande intensité, tantôt violente et à son summum d'acuité.

Tantôt la céphalalgie est le seul symptôme qui se montre au début de la maladie, tantôt elle l'accompagne, tout en paraissant au début d'autres symptômes, soit du côté de la circulation, soit du côté de l'innervation.

La *peau*. Dans plusieurs cas, la sensibilité de la peau est exaltée, et le toucher occasionne de la douleur qui se manifeste par des cris; dans d'autres cas, elle est abolie, et cela souvent avant la perte de l'intelligence.

Vision. La vue peut rester intacte; elle peut être abolie, vers la fin de la maladie, surtout quand il existe un épanchement, spécialement dans les ventricules. Souvent on observe différentes aberrations de la vue, des hallucinations, de la diplopie, l'exagération de la sensibilité de la rétine, produisant, au moindre exercice de la vue, des douleurs atroces, des convulsions, le délire. Tantôt, et c'est le plus souvent, la pupille est contractée au commencement de la maladie; tantôt elle est immobile de dilatée, au moment où a lieu l'abolition de la vue; dans certains cas, elle offre une remarquable alternative de contraction et de dilatation.

L'*ouïe*. Quelquefois exaltée, d'autres fois diminuée, tantôt pervertie, tantôt abolie.

En résumé, les diverses altérations de la sensibilité dans la méningite aiguë ne sont ni constantes, ni nécessairement liées à l'existence de telle ou telle forme de la maladie.

2° *Motilité*. Les lésions de la motilité sont plus fréquentes que celles de la sensibilité, sans être plus constantes. Elles peuvent se diviser en deux classes : 1° mouvements persistants, mais s'exécutant d'une manière désordonnée; 2° abolition des mouvements.

1° Désordres des mouvements. Ils consistent dans divers spasmes, tantôt cloniques, tantôt toniques.

Les spasmes cloniques se traduisent quelquefois par un état d'agitation générale ; les malades se livrent à des mouvements continuels, changent sans cesse de position, comme si le repos leur était insupportable. D'autres fois cette agitation n'est que partielle et bornée à quelque partie du corps. On voit des malades qui tiennent leurs bras ou leurs jambes continuellement en mouvement, d'autres dont le tronc, pendant des heures entières, se soulève et s'abaisse tour à tour; ceux-ci impriment à leur tête un mouvement perpétuel, la font tourner sur son axe et la portent alternativement de droite à gauche et de gauche à droite. Ceux-là sont pris, dans la mâchoire inférieure, d'un mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation, semblable à celui de la mastication.

Tantôt on observe des soubresauts des tendons, tantôt un tremblement général ou partiel. Les convulsions sont un des phénomènes les plus communs de la méningite aiguë; elles sont générales ou partielles; ce dernier cas est le plus fréquent. On les observe tantôt constamment dans les mêmes parties, tantôt dans différents points du corps. Les parties où on les observe le plus fréquemment sont les globes oculaires, les paupières, la face, les lèvres et les membres. Lorsque les membres sont le siége des convulsions, il n'y en a tantôt qu'un seul du même côté, tantôt deux, tantôt deux membres des deux côtés se convulsent simultanément. La langue peut aussi être le siége des convulsions, et le grincement des dents est un phénomène très-commun dans la méningite.

Parmi les spasmes toniques, on observe la flexion permanente des avant-bras sur les bras, phénomène désigné sous le nom de contracture, et qui a lieu soit d'un seul côté, soit des deux à la fois. Ce symptôme est plus fréquent que la contracture des membres inférieurs. La méningite donne aussi quelquefois lieu au renversement de la tête en arrière, à son inclinaison permanente à droite ou à gauche. Quelques malades présentent aussi de la roideur tétanique du cou, du tronc, des membres; quelques-uns éprouvent le trismus, quelques autres la courbure permanente du tronc à droite ou à gauche.

2° Abolition ou diminution des mouvements. La méningite peut donner lieu à la paralysie plus ou moins intense d'une partie du corps; tantôt il n'y a que simple engourdissement d'un membre, qu'une difficulté à le mouvoir, tantôt il y a privation complète du mouvement.

Cette paralysie peut affecter les muscles de l'œil, des paupières, de la face, des lèvres ou des membres. Elle est lente ou subite, peut survenir de prime abord ou succéder aux spasmes, alterner avec eux, ou enfin exister en même temps qu'eux. Dans quelques cas, la paralysie se montre et disparaît tour à tour.

3° *Intelligence*. Les altérations de l'intelligence, sont, dans la méningite aiguë, plus

constantes que celles de la sensibilité et de la motilité; elles se montrent sous deux formes, le délire et le coma.

La nature du délire est fort variable, tantôt bruyant, s'accompagnant de cris, de vociférations, de mouvements musculaires énergiques; tantôt taciturne et s'accompagnant de prostration. Les malades ne sont tantôt occupés que d'une seule idée, tantôt de plusieurs, et quelquefois des plus hétérogènes en même temps.

Ce délire arrive quelquefois brusquement, tantôt au contraire, insensiblement et peu à peu; alors on voit que les malades ont l'air préoccupé, distrait, leurs réponses sont lentes, ils semblent frappés d'idiotisme; ou bien c'est par une vivacité inaccoutumée dans leurs réponses que se traduit le commencement d'un dérangement intellectuel, ou bien encore par une gaieté ou une tristesse insolites et sans motif.

Il n'est pas sans importance de remarquer ici que ces différentes formes de délire ne constituent pas un caractère de la méningite aiguë, et que ce caractère se retrouve dans les diverses maladies cérébrales.

Le délire est continu avec exacerbation, ou bien passager. Chez quelques malades, on n'observe d'abord qu'un trouble très-court des facultés intellectuelles; mais bientôt ce trouble recommence et se répète à des intervalles de plus en plus rapprochés, pour devenir enfin continu. Chez quelques autres, le délire n'a lieu que la nuit; il en est d'autres enfin chez lesquels le délire, après avoir duré pendant plusieurs jours, disparaît peu de temps avant la mort, en même temps que s'aggravent tous les symptômes.

Ces cas viennent à l'encontre de l'opinion de ceux qui admettent que le délire est toujours continu dans la méningite et que le délire intermittent est un caractère d'une irritation purement sympathique du cerveau.

L'époque de l'apparition du délire est variable; il est rare que ce phénomène marque le début de l'affection; dans la très-grande majorité des cas, il est précédé par la céphalalgie.

Il est rare que le coma existe dès le début de la maladie; les cas où il ne survient qu'à la suite du délire sont beaucoup plus fréquents.

Quelques auteurs ont avancé que le délire était un symptôme de méningite de la convexité, et que le coma était propre à la méningite de la base; nos observations ne confirment pas ces opinions, et nous pensons que l'inflammation des méninges, quel que soit son siége, détermine d'abord une excitation vive qui se traduit par le délire, puis un état d'affaissement réel ou apparent qui s'annonce par le coma; notez bien que ces deux états s'observent dans la très-grande majorité des cas qui se terminent par la mort.

Symptômes fournis par les appareils de la vie de nutrition : 1° Digestion. Il est assez fréquent que la méningite ne détermine, pendant la vie, aucune lésion fonctionnelle appréciable dans le tube digestif.

Chez quelques malades, il présente des désordres plus ou moins graves que nous allons passer en revue.

Sauf les cas de complication, la langue conserve toujours son état naturel. La soif est médiocrement augmentée, l'appétit se perd souvent dès le début de la maladie. Chez quelques individus, l'épigastre est le siége d'une douleur assez vive et augmentée par la pression, douleur qui apparaît à une époque rapprochée du début de la maladie. Le vomissement et les nausées sont des phénomènes fréquents dans la méningite aiguë; ils apparaissent presque toujours au début de la maladie, et souvent ce sont les premiers phénomènes observés. Tantôt, après une durée de vingt-quatre heures, ils ne se reproduisent plus; tantôt ils durent plusieurs jours, et, dans quelques cas, pendant toute la durée de la maladie. Quelques malades vomissent deux ou trois fois seulement dans la journée, d'autres vomissent toutes les heures et tous les quarts d'heure. La matière du vomissement est, chez les uns, une énorme quantité de bile jaune ou verdâtre, chez les autres ce n'est que du mucus.

Le ventre est souple et sans douleur, les selles sont naturelles, quand il n'y a pas constipation.

2° Circulation. L'état du pouls est variable : chez un assez grand nombre de malades il s'accélère notablement, chez d'autres il reste normal, chez un petit nombre il se ralentit. La force du pouls est aussi très-variable et ne peut servir à établir aucun caractère de la maladie.

La face est rouge ou bien pâle, dernière circonstance qui indique ordinairement un épanchement. Il n'est pas rare de voir alterner ces deux états différents de coloration de la face.

La température de la peau est variable aussi; souvent élevée, souvent aussi elle se conserve parfaitement naturelle.

3° Respiration. Elle reste presque toujours à son état normal, elle ne s'altère que dans les derniers jours de la maladie; alors elle devient embarrassée, stertoreuse.

Périodes. Le plus souvent, la méningite aiguë offre, dans son cours, trois périodes :

Dans la première il y a céphalalgie, vomissements et souvent un mouvement fébrile.

La seconde est caractérisée par le délire et les différents désordres de la motilité.

Le coma et un collapsus plus ou moins profond caractérisent la troisième.

Tous ces phénomènes peuvent se succéder très-rapidement, et, dans certains cas, la maladie débute par la deuxième et même par la troisième période.

Variétés. Elles sont relatives 1° aux symptômes. Tantôt la méningite aiguë revêt la forme ataxique; tantôt ce sont les convulsions qui prédominent, tantôt les vomissements, tantôt la paralysie, tantôt le délire ou le coma; quelquefois elle prend la forme apoplectique;

2° A la nature des lésions; nous les avons déjà exposées;

3° Au siége; 4° aux complications, etc.

Durée : variable. Dans certains cas, la mort arrive le neuvième jour; dans d'autres c'est le quinzième, le vingtième ou le trentième. Entre ces extrêmes se placent de nombreux intermédiaires.

Traitement. Dans cette maladie, les émissions sanguines doivent être faites largement et promptement : on pratique d'abord une forte saignée du bras, puis on applique des sangsues en grand nombre à la nuque, aux apophyses mastoïdes, aux tempes; on emploie des ventouses scarifiées, ou des ventouses sèches. A ces émissions sanguines on fait succéder des révulsifs, comme sinapismes, pédiluves, vésicatoires. Si à la période de réaction a succédé l'état comateux, on emploiera les stimulants à la peau; dans les cas où l'on soupçonnerait la présence de quelque épanchement, on administrera des purgatifs et des lavements irritants, en ayant bien la précaution de s'assurer si le tube digestif est dans l'état sain.

A ces moyens on joindra l'application du froid sur la tête, soit de la glace, soit de l'eau dont on abaisse peu à peu la température. On se sert généralement de la glace pilée, renfermée dans une vessie, que l'on applique sur la tête comme une calotte : ces moyens sont très-utiles, mais trop souvent on y a recours trop tard, cas dans lequel ils sont nuisibles. Il en est de même des bains d'affusion qui jouissent d'une grande efficacité, si on les emploie à temps. Leur effet est d'éteindre directement l'inflammation des méninges. M. Foville, qui a eu beaucoup à se louer de leur emploi, donne sur leur administration les préceptes suivants :

« Il faut recourir aux affusions aussitôt qu'une saignée copieuse aura été pratiquée; employer d'abord de l'eau à dix-huit degrés, la verser largement pendant neuf à dix minutes, et même plus, s'il ne survenait un frisson général dans cet espace de temps.

« Constamment, on peut le dire, après l'emploi de ce moyen, le mal de tête est dissipé, ou du moins considérablement amoindri, la bouche est humide, la soif calmée, et le pouls notablement diminué de fréquence et de force; le malade exprime le sentiment de bien-être qu'il éprouve. Il faut alors recommencer les applications froides sur la tête du malade, soigneusement essuyé et remis au lit, et le laisser aussi calme que possible.

« Il n'est pas rare qu'un sommeil paisible succède à l'emploi de ce moyen; mais, au bout de quelques heures, le plus souvent la douleur de tête, les symptômes fébriles reparaissent; il faut, au plustôt, combattre le retour de ces symptômes de recrudescence du travail inflammatoire par l'emploi des bains d'affusion seuls, si les accidents inflammatoires sont plus modérés; aidés de la saignée, s'ils sont encore très-intenses. Il faut ainsi réitérer plusieurs fois par jour l'usage des affusions, et, dans le plus grand nombre des cas, si elles ont été administrées d'assez bonne heure et secondées par l'usage des saignées assez copieuses, on triomphera de la méningite.

« Loin de diminuer les forces, d'être débilitant comme la saignée, ce moyen procure à la fois un sentiment de bien-être et de vigueur; c'est le meilleur procédé que je connaisse de soumettre une inflammation violente de la tête, tout en ménageant les forces.

« L'emploi des bains d'affusion sera réitéré deux, trois ou quatre fois chaque jour, suivant l'intensité des accidents et leur tendance à se reproduire; s'il survenait après leur emploi une sueur abondante, il faudrait la respecter; c'est quelquefois par une réaction de ce genre que la guérison s'opère; mais c'est le cas le plus rare.

« Il est prudent de continuer l'emploi des affusions pendant quelque temps encore après la cessation complète des symptômes de méningite.

« Il est remarquable que leur application devient plus difficile à supporter quand les symptômes inflammatoires sont passés; alors on en diminue la fréquence en même temps qu'on fait usage d'eau à une température moins basse.

« L'emploi judicieux des saignées et des bains d'affusion constitue le traitement le plus héroïque qu'on puisse opposer à l'inflammation des méninges; c'est de très-bonne heure qu'il faut recourir à ces moyens et les rapprocher un peu dans leur application pour suspendre et éteindre le travail inflammatoire. Tant que la céphalalgie, la fièvre, un délire actif et des convulsions sans symptômes de compression du cerveau annoncent une phlegmasie aiguë, simple, sans désorganisation, sans épanchement, les bains d'affusion jouissent d'une influence toute-puissante; plus tard, leur emploi présente beaucoup moins d'avantages; il devient même dangereux, si l'on attend, pour y avoir recours, que les forces soient épuisées, ou que l'inflammation, par sa durée, ait donné lieu à la formation

de produits qui compriment le cerveau et déterminent le coma. A cette époque de la maladie, ce n'est plus à l'emploi des affusions qu'il faut recourir, souvent alors leur administration précipiterait la mort et compromettrait un moyen dont malheureusement l'emploi judicieux est loin d'être assez répandu.

« Quand les choses en sont à ce point, les révulsifs actifs sur la peau, sur le canal intestinal, la pommade stibiée, un vésicatoire sur la tête, le calomel, l'émétique à haute dose peuvent encore quelquefois provoquer une guérison; mais ces cas sont bien rares.

« Je n'ai pas besoin de dire que, pendant toute la durée de la maladie, le médecin doit prescrire une abstinence complète, l'usage modéré de boissons rafraîchissantes, les moyens les plus simples de tenir le ventre libre.

« Quand la phlegmasie est éteinte, il faut longtemps encore persister dans l'usage d'un régime ténu et d'aliments peu excitants, tenir d'ailleurs la tête fraîche, peu couverte, les cheveux courts; interdire les travaux intellectuels, éviter les mouvements impétueux des passions, user fréquemment de bains frais, d'applications réfrigérantes sur la tête, et surveiller avec grand soin la liberté du ventre.

« En un mot, une méningite déclarée ne peut guérir sans le prompt emploi d'une thérapeutique essentiellement active, et, une fois guérie, elle laisse une disposition malheureuse au retour d'accidents inflammatoires, qui se reproduiraient inévitablement, si l'on n'entourait de précautions les plus minutieuses la convalescence de ces affections. Il faut donc l'emploi combiné et successif de la médecine la plus agissante et de la prophylactique la plus attentive et la plus prévoyante pour obtenir les résolutions et prévenir avec certitude le retour des phlegmasies méningiennes. » — (Dictionnaire en 15 vol., tom. II.)

MÉNINGITE RACHIDIENNE.

C'est une maladie rare, surtout isolée de la méningite crânienne. Elle est caractérisée par le renversement en arrière du tronc, par sa courbure, par la contracture ou les convulsions des membres, par des douleurs dans la colonne vertébrale et dans les membres, avec conservation de l'intelligence, quand les méninges cérébrales ne sont pas simultanément enflammées.

Elle réclame le même traitement que la méningite cérébrale.

MÉNINGITE CHRONIQUE.

Maladie rare; n'a été bien observée que dans les hôpitaux consacrés aux aliénés; elle est primitive ou consécutive à la méningite aiguë.

Caractères anatomiques. Ils sont souvent les mêmes que ceux que nous avons décrits dans la méningite aiguë. Ainsi on trouve rougeur, épaississement, épanchement de différents liquides, soit d'une simple sérosité, soit d'une sérosité lactescente. Les altérations qui lui sont spécialement attribuées sont de fausses membranes établissant des adhérences en différents points, et la présence de petits corps granulés nommés *glandes de Pacchieni*.

Causes. On a remarqué que la méningite chronique attaque plus souvent les hommes que les femmes. Quant aux âges, les auteurs disent ne pas l'avoir rencontrée dans l'enfance. J'en ai vu cependant deux cas à l'hôpital des Enfants. Elle est encore rare de 20 à 25 ans, plus fréquente de 25 à 30; elle atteint son maximum de fréquence de 30 à 50 ans. On n'a pas remarqué que certains tempéraments ou constitutions y prédisposassent. Dans certaines familles, il y a comme une espèce d'hérédité pour les affections cérébrales et surtout pour les méningites chroniques. On l'a vue succéder à des émotions vives, à des chagrins longtemps continués; elle est quelquefois occasionnée par l'abus des liqueurs alcooliques.

Symptômes. Souvent il a existé, depuis longtemps, des signes de congestion cérébrale, permanents ou passagers. Souvent c'est par de la céphalalgie que débute la maladie; puis survient un trouble de l'intelligence, et d'autres phénomènes dont la succession peut se diviser en trois périodes : dans la première, les malades déraisonnent sur un point seulement, il y a de l'exaltation dans les idées, du babil, de l'agitation. Ces phénomènes sont continus ou intermittents. Les malades chancellent sur leurs jambes. Ces phénomènes peuvent durer quelques semaines seulement, ou plusieurs années. Dans la seconde période, le délire est devenu plus général, il y a toujours agitation extrême et un besoin de mouvement; mais les mouvements deviennent plus embarrassés. On n'observe encore aucune altération dans les fonctions nutritives; quelquefois les malades sont remarquables par leur voracité, que d'ailleurs ils mettent à profit en engraissant; d'autres, au contraire, maigrissant et tombent dans le marasme. Le pouls, dans la plupart des cas, reste à l'état normal; cette période a une durée plus ou moins longue. Dans la troisième période, l'intelligence s'anéantit complétement, la motilité se perd; il existe une véritable paralysie, tantôt générale, tantôt partielle. Les malades sont dans une immobilité complète, et, par suite de cet état, les muscles s'atrophient. Alors aussi les fonctions nutritives s'altèrent profondément. Il y a amaigrissement progressif, diarrhée, dyspnée, sécrétion bronchique abondante.

Dans chacune de ces périodes, il peut survenir d'autres phénomènes fort variables : tan-

tôt ce sont des attaques apoplectiformes, mais de peu de durée; tantôt des convulsions partielles ou générales; quelquefois des accès d'épilepsie, quelquefois des contractions musculaires, de la roideur tétanique, des tremblements, etc.

Tous ces symptômes peuvent être expliqués par les diverses lésions auxquelles donne lieu la méningite chronique, et qu'on peut diviser en trois séries.

Dans la première, existe une irritation simple des méninges transmise au cerveau, et qui se traduit par le délire, les contractures, les mouvements continuels.

Dans la deuxième, un liquide, contenu dans les méninges et dans les ventricules, comprime le cerveau, d'où paralysie survenant graduellement, embarras de la langue, etc.

Dans la troisième, le cerveau s'est enflammé d'une manière intercurrente.

La *marche* de la méningite chronique est tantôt continue, tantôt rémittente.

La *durée* est variable; tantôt elle est d'un ou de plusieurs mois, tantôt d'une ou de plusieurs années. Sur 151 cas observés à Charenton, 65 ont duré depuis un mois à un an, 81 depuis un an à six ans, 5 depuis six ans jusqu'à douze.

Terminaison: ordinairement par la mort. Cette terminaison arrive rarement dans la première ou dans la seconde période, et même, quand elle arrive, est-ce d'une manière pour ainsi dire accidentelle, par apoplexie, par encéphalite, par méningite aiguë, ou par ramollissement. C'est le plus ordinairement dans la troisième période que survient la mort, mais de diverses façons : tantôt elle survient peu à peu par l'extinction successive des diverses fonctions, après une diarrhée colliquative, de l'infiltration et un état plus ou moins prolongé d'adynamie, tantôt la mort arrive brusquement par un carus subit. Chez quelques malades, c'est l'apoplexie qui termine la scène; chez d'autres, c'est par quelque maladie intercurrente de quelque principal organe, comme le poumon, la plèvre, le cerveau, ou par un érésipèle, etc.

Traitement. Il est simple et malheureusement peu efficace. Dès le début, on ne peut recourir qu'aux émissions sanguines; mais, à mesure que la maladie se prolonge, il faut en être avare. Alors on emploie les vésicatoires, les sétons, les moxas à la nuque. On se trouve bien quelquefois des révulsifs sur les intestins. Il importe d'exercer le système musculaire et de ne pas contrarier les malades.

HÉMORRAGIES.

Elles affectent des siéges divers, entre le crâne et la dure-mère, entre la dure-mère et l'arachnoïde, dans la grande cavité de cette dernière, dans les mailles de la pie-mère de la convexité des hémisphères, dans les ventricules cérébraux : ces lésions se présentent seules ou accompagnent l'hémorragie cérébrale.

Dans ces différents cas, les accidents sont ceux de la compression, c'est-à-dire perte subite de connaissance et des mouvements, et fondent une espèce d'apoplexie que M. Serres a désignée sous le nom d'*apoplexie méningée.*

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

Une exhalation abondante de sérosité, ayant son siége soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit dans la pie-mère, dans les ventricules, à la base du crâne, peut se faire avec une rapidité plus ou moins grande et se présenter sous trois formes :

1° Exhalation se formant tout à coup, comprimant le cerveau, déterminant l'ensemble des symptômes de l'apoplexie, et prenant le nom d'*apoplexie séreuse.* Rarement elle déterminera une simple hémiplégie, parce que rarement l'épanchement n'aura lieu que d'un seul côté ;

2° Exhalation se formant un peu moins rapidement, mais toujours d'une manière aiguë, et s'accompagnant de certains troubles du sentiment, du mouvement, de l'intelligence, enfin de tous les symptômes de méningite aiguë, et qui prend le nom d'hydrocéphale aiguë des enfants ou des adultes ;

3° Enfin exhalation graduelle et insensible, constituant l'*hydrocéphale chronique,* maladie très-différente chez l'enfant et le vieillard, liée chez le premier à un défaut de développement du cerveau, très-rare chez l'adulte, assez fréquente chez le vieillard, et caractérisée par un affaiblissement graduel de l'intelligence et des mouvements, puis par le coma, respiration stertoreuse qui amène la mort.

Toutes ces diverses formes réclament un traitement plus ou moins actif, qui consiste spécialement dans les révulsifs.

On pourrait répéter la même division pour l'exhalation qui a lieu dans les méninges rachidiennes et qui produit souvent la paralysie.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

PRODUITS ACCIDENTELS.

Des plaques cartilagineuses ou osseuses peuvent se former dans les méninges, spécialement dans la dure-mère. Nous avons vu la faux du cerveau et la tente du cervelet ossifiées, sans que cette ossification ait déterminé aucun symptôme.

Des tumeurs fibreuses, tantôt fort petites et du volume de têtes d'épingles ou très-volumineuses, siégeant à la convexité des hémisphères, compriment le cerveau et usent les os du crâne, ou entre les hémisphères et le cervelet, et compriment ces deux organes, ou à la base même du cerveau, occupant aussi les

méninges et produisant des accidents portant sur l'intelligence et le mouvement, quelquefois néanmoins à peine sensibles, sans doute à cause d'une formation très-lente.

On observe aussi des kystes séreux, qui quelquefois ont produit l'hémiplégie, des masses cancéreuses, des tubercules dont on a recueilli d'assez nombreux exemples, et qui siégent surtout dans la pie-mère, spécialement dans celle de la convexité. Autour d'eux s'établissent un travail phlegmasique et une adhérence des circonvolutions peu considérable. Tantôt ils ne déterminent aucun symptôme, tantôt ils causent des accidents de compression ou d'irritation cérébrale, et la mort avec des traces de méningite aiguë, après être restés longtemps latents par les symptômes.

—

2° MBLADIES DU PÉRICARDE.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

Les *hypérémies* et les *anémies* du péricarde sont des états morbides sur lesquels n'existent pas encore de notions suffisantes pour en tracer l'histoire.

PHLEGMASIES.

De la péricardite aiguë.

Caractères anatomiques. La péricardite donne lieu à des altérations soit de la membrane elle-même, soit du liquide qu'elle sécrète normalement.

Dans une première période de la maladie, le péricarde présente une rougeur plus ou moins vive dépendante de l'injection de ses vaisseaux capillaires. Cette rougeur et cette injection ont plutôt leur siége dans le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane séreuse que dans cette membrane elle-même. Il est des cas où cette rougeur et cette injection sont à peine marquées, et cela arrive surtout quand la mort est survenue brusquement.

Dans cette période, le péricarde ne présente aucune modification, soit dans son épaisseur, soit dans sa transparence, soit dans sa consistance. A peine, dans certains cas, est-il un peu plus épais et un peu moins transparent qu'à l'état sain; dans certains autres, il est moins poli, moins doux au toucher. Quelquefois il est tout à fait sec, luisant et comme poisseux au toucher.

Le liquide sécrété normalement par le péricarde se coagule bientôt à l'instar du sang et se sépare en deux parties, l'une liquide, plus ou moins trouble et floconneuse, l'autre concrète, fibrineuse, généralement désignée sous le nom de fausse membrane, de lymphe plastique, coaguleuse, organisable. En même temps on rencontre des caillots de sang plus ou moins abondants, et dont quelques-uns sont manifestement antérieurs à la mort.

Le cœur est, dans quelques cas, tout à fait sain, ou bien il se présente rouge et ramolli dans son tissu.

Causes. Dans quelques cas, on ne peut rien recueillir de positif sur les causes qui ont déterminé la péricardite. En général, l'influence du froid et du refroidissement paraît jouer un grand rôle dans la production de cette maladie, et comme la pleurésie et la pneumonie, elle apparaît souvent après un passage brusque du chaud au froid pendant que le corps est couvert d'une transpiration abondante. Les vicissitudes atmosphériques, des violences extérieures, une suractivité habituelle des fonctions du cœur peuvent lui donner lieu. Elle coïncide souvent avec la pleurésie, la pneumonie, et surtout avec le rhumatisme articulaire, ou bien elle succède à ces maladies. Quant à cette dernière cause, voici comment s'exprime M. le professeur Bouillaud :

« Telle est, d'après notre expérience, la fréquence de la péricardite chez les individus rhumatisants, qu'on pourrait affirmer *à priori*, que, sur 20 sujets atteints d'un rhumatisme articulaire aigu général et accompagné d'une vive réaction fébrile, il y en aura la moitié, au moins, qui offriront des symptômes d'une péricardite ou d'une endocardite, et souvent de ces deux phlegmasies réunies. Jusqu'ici, les phlegmasies aiguës du cœur concomitantes du rhumatisme avaient été entièrement méconnues dans la très-grande majorité des cas; et, comme elles n'avaient point été combattues convenablement, plusieurs ont dû passer et sont, en effet, passées à l'état chronique. De là ces lésions organiques du cœur, sur l'origine desquelles si peu d'auteurs nous avaient laissé quelques données satisfaisantes, et que plusieurs praticiens ont néanmoins vaguement rattachées à je ne sais quel *principe, vice* ou *virus* rhumatismal et *goutteux.* » (*Traité clinique des maladies du cœur*, tom. I, pag. 472.)

Quant aux causes prédisposantes, on peut dire que cette maladie sévit plutôt sur les hommes que sur les femmes, et qu'aucune influence ne paraît exercée par les âges.

Symptômes. Quelquefois une douleur plus ou moins vive se fait sentir au-dessous du mamelon ou vers l'extrémité inférieure du sternum, douleur occupant parfois toute la région précordiale et s'irradiant, tantôt vers le creux de l'aisselle et le bras gauche, tantôt vers la région diaphragmatique, épigastrique, et quelquefois vers les hypocondres gauches. Cette douleur est pongitive, lancinante, déchirante, atroce, et, comme la douleur pleurétique, elle augmente par la percussion, par les mouvements respiratoires, la toux; elle empêche les malades de redresser le côté gauche et de se coucher sur ce même côté; quelques-uns portent la main sur la région dou-

loureuse pendant les inspirations et les petites secousses de la toux qui existe dans certains cas.

Dans beaucoup de péricardites, la douleur est sourde et si légère, que les malades ne l'accusent pas; elle n'est perçue alors que par la percussion, par la pression exercée de bas en haut vers le creux de l'estomac, et la partie voisine de l'hypocondre gauche.

Quand la péricardite est compliquée d'une pleurésie très-aiguë ou d'un rhumatisme articulaire très-violent, la douleur de la péricardite est souvent masquée, obscurcie par celle de la pleurésie ou du rhumatisme.

L'exploration du cœur fait reconnaître des battements plus forts et plus fréquents qu'à l'état normal. Ces battements sont tantôt réguliers, tantôt irréguliers, tumultueux, inégaux, intermittents et constituant des palpitations plus ou moins violentes. Ces battements sont ordinairement sensibles à la main, quelquefois à la vue. Quand, au contraire, il s'est formé un épanchement considérable dans le péricarde, ils échappent à la main et à la vue. Dans ces cas, les contractions du cœur, au lieu d'être plus fortes, plus énergiques qu'à l'état normal, paraissent plus faibles.

M. Bouillaud a observé qu'il survient quelquefois, au moment où l'appareil inflammatoire a disparu pour faire place au travail organisateur, un phénomène très-singulier, qui n'a été encore noté par personne : c'est que le second mouvement du cœur se fait comme en deux temps avec une espèce de craquement.

M. Louis a signalé, comme signe assez fréquent de la péricardite, la saillie ou la voussure de la région précordiale.

La région précordiale percutée rend un son mat dans une étendue en rapport avec la quantité de l'épanchement. La matité occupe quelquefois le tiers inférieur et même la moitié de la partie antérieure et externe du côté gauche de la poitrine; au reste, cette matité n'arrive qu'à une époque assez avancé de la maladie.

L'auscultation fait entendre tantôt un bruit de cuir neuf, tantôt un bruit de frottement ou de frôlement plus ou moins fort. Dans certrins cas, ce bruit imite celui d'une râpe ou d'une scie. Dans d'autres circonstances, c'est un bruit de soufflet qu'on entend. Le bruit de frôlement est isochrone aux battements du cœur, plus fort ordinairement pendant la systole que pendant la diastole, et ressemble exactement, dans certains cas, au frottement du taffetas, du papier de banque ou du parchemin.

A une époque de la maladie où il existe un copieux épanchement, on reconnaît aussitôt que le double bruit du cœur est plus éloigné de l'oreille qu'à l'état normal, ce qui le rend plus obscur, plus sourd.

Dans la péricardite aiguë, on observe un mouvement fébrile plus ou moins violent; tantôt le pouls est fréquent, plein, fort, développé, régulier; la peau chaude, humectée par la sueur; tantôt il est petit, déprimé, inégal, irrégulier, très-précipité, la peau chaude et sèche.

« Il existe quelquefois, dit M. Bouillaud, une dyspnée, un sentiment d'oppression insurmontable; alors le malade ne sait quelle position garder; il s'agite (jactitation), cherche l'air et le frais; le visage est pâle, grippé, empreint de la plus vive anxiété et d'une expression de terreur indéfinissable : il éprouve quelquefois des secousses spasmodiques, de légers mouvements convulsifs, ou bien même offre le phénomène si connu du rire sardonique. Lorsque la dyspnée et les angoisses sont portées à ce point, les narines se dilatent et se resserrent d'une manière très-sensible pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, lesquels deviennent petits et fréquents comme dans la pleurésie; la respiration est entrecoupée de soupirs, de sanglots, de hoquets; un délire, ordinairement léger et momentané, quelquefois violent, une insomnie des plus cruelles, et, chez quelques sujets, des attaques générales de convulsion peuvent s'ajouter aux phénomènes précédents.

« L'anxiété à laquelle sont en proie quelques malades est tellement insupportable, qu'ils implorent la mort.

« Lorsque les malades résistent, pendant plusieurs jours, aux accidents que nous venons d'esquisser, leur visâge devient blême, livide, violacé, leurs extrémités s'infiltrent, et leur habitude ainsi que leur attitude sont celles des maladies dites organiques du cœur parvenues à leur dernier terme.

« Il est des cas de péricardite très-intense dans lesquels cet effrayant appareil de réaction existe à peine. C'est tout au plus si les malades éprouvent un léger sentiment d'oppression. »

Une forte dyspnée et la lypothymie coïncident presque toujours avec un épanchement considérable dans la plèvre ou dans le péricarde, et avec la formation des concrétions polypeuses dans les cavités du cœur.

Les troubles de la circulation et de la respiration sont souvent liés à l'extension de l'inflammation au tissu charnu du cœur, et au boursouflement inflammatoire des valvules.

Diagnostic. Réaction fébrile avec compression plus ou moins considérable survenant tout à coup, petitesse, irrégularité, intermittence du pouls, anxiété, douleur dans la région précordiale, voussure de cette région, avec matité et bruit de frôlement ou de cuir neuf, tels sont les signes qui, réunis, ne devront laisser aucun doute sur l'existence de la péricardite, et qui, en plus ou moins grand

nombre, devront donner de fortes probabilités.

Pronostic, marche et durée. Les dangers de la péricardite ont été exagérés. Pour s'en convaincre, il faut savoir qu'il est extrêmement fréquent de rencontrer des traces d'une ancienne péricardite à l'ouverture d'individus qui ont succombé à toute autre maladie. De plus, il est d'observation que la péricardite peut guérir, et que, par conséquent, le pronostic offre moins de gravité qu'on ne le pensait généralement avant les travaux de MM. Louis et Bouillaud. Lorsque la mort en est la suite, elle a lieu par une dyspnée toujours croissante, par des accidents nerveux, ou subitement, au milieu d'une rémission marquée; cette maladie peut aussi passer à l'état chronique ou donner lieu à une affection organique du cœur.

Complications. La péricardite est le plus souvent compliquée d'une inflammation soit aiguë, soit chronique, de la membrane interne du cœur, d'une maladie organique du cœur, d'une pleurésie aiguë ou chronique, d'une inflammation du péritoine ou des membranes synoviales des articulations. Dans un cas cité par M. Bouillaud, il y avait inflammation de la rate avec suppuration.

Traitement. Les émissions sanguines, le repos, la diète, des boissons adoucissantes, rafraîchissantes et des applications émollientes, telles sont les bases du traitement de la péricardite.

Les saignées générales ou locales doivent être proportionnées à l'intensité de la maladie, à l'âge, à la force, au tempérament, au sexe du sujet et aux complications.

PÉRICARDITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. Ils sont les mêmes que ceux de la péricardite aiguë, auxquels il faut joindre l'existence d'adhérences celluleuses partielles ou générales résultant plutôt d'une inflammation ancienne que d'une phlogose récente, et de taches blanches à la surface du péricarde.

La péricardite chronique est primitive ou consécutive à l'aiguë.

Symptômes. Ils sont très-variables : 1° quand elle est partielle et peu étendue, et qu'elle s'accompagne d'un faible épanchement, les symptômes sont nuls; 2° lorsqu'ils existent, ils se groupent diversement suivant la nature de la lésion et la disposition du cœur. Ainsi, chez les uns, on n'observe qu'une simple douleur continue ou intermittente, s'exaspérant par intervalles et faisant naître des palpitations, douleur plus ou moins intense, souvent d'une durée fort longue et fort pénible, simulant une névralgie, pouvant durer des mois et des années, et être néanmoins suivie de la santé. Chez d'autres, se montrent en même temps des signes d'affection organique du cœur. Dans certains cas, la douleur s'accompagne de palpitations, de dyspnée qui, souvent, n'est annoncée que par l'exaspération des palpitations. De plus, le pouls peut être irrégulier et très-fréquent, et, cela, pendant longtemps. Lorsque les palpitations et la dyspnée persistent plus ou moins longtemps, il peut survenir de grands troubles dans la circulation veineuse, qui produisent des collections séreuses, la teinte violacée de la face, etc.

Du reste, les signes tirés de la percussion et de l'auscultation sont les mêmes que dans la péricardite aiguë et peuvent manquer comme dans celle-ci. Dans le cas d'adhérence entre les deux feuillets du péricarde, on observe un mouvement d'ondulation au-dessous du point où le cœur bat normalement.

La mort est la terminaison la plus fréquente de la péricardite chronique; elle peut cependant se terminer par le retour à la santé, ou bien par une affection organique du cœur tôt ou tard mortelle.

On lui oppose comme base du traitement des révulsifs énergiques, et spécialement un séton à la région du cœur.

HÉMORRAGIES DU PÉRICARDE.

Dans l'intérieur du péricarde, soit sous l'influence de l'inflammation, soit sans cause connue, une exhalation sanguine peut se produire. Ce cas est très-rare. Sur deux sujets affectés d'anévrisme du cœur, ce phénomène produisit une orthopnée subite, suivie en quelques heures d'une mort par asphyxie.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

HYDROPÉRICARDE.

Caractères anatomiques. Ils consistent dans l'existence d'un des éléments de la péricardite, c'est-à-dire d'un épanchement séreux, clair, limpide et transparent, dont la quantité varie depuis plusieurs onces jusqu'à des livres.

« Les auteurs, dit M. Bouillaud, ne sont pas d'accord sur la quantité de sérosité nécessaire pour constituer une hydropéricarde, soit *active*, soit *passive*. Par exemple, Corvisart enseigne que, si la sérosité que l'on trouve ordinairement dans le péricarde excède 6 à 7 onces, il existe une hydropisie de ce sac membraneux. Laënnec ne s'explique pas sur la question qui nous occupe. Il dit seulement que « *le plus souvent l'hydropéricarde idiopathique se réduit à quelques onces.* » Il me paraît certain qu'il suffit d'une quantité de sérosité moindre que celle indiquée par Corvisart, pour constituer une véritable hydropéricarde. En effet, la quantité de sérosité qui peut s'accumuler dans le péricarde, par le seul effet d'une longue agonie, ne s'élève

pas ordinairement au delà d'une à deux onces.

« Quoi qu'il en soit, la présence de 6, 7 ou 8 onces de sérosité dans le péricarde ne caractérise qu'une hydropéricarde assez peu copieuse. Il n'est pas très-rare, en effet, de voir cette quantité s'élever à 2 ou 3 livres. Dans un cas observé par Corvisart, le péricarde contenait 8 livres de sérosité.

« Le liquide de l'hydropéricarde est d'une limpidité parfaite, tantôt incolore, tantôt fauve, verdâtre ou jaunâtre. La couleur jaune offre quelquefois la teinte qui caractérise les dissolutions d'or.

« Le péricarde est quelquefois épaissi en même temps que distendu, proportionnellement à la quantité de sérosité épanchée. Je l'ai trouvé souvent sensiblement plus blanc que dans l'état normal, comme s'il eût été lavé, ou, pour mieux dire, macéré par la sérosité. La couleur d'un blanc mat ou légèrement lactescente est surtout très-marquée sur le feuillet viscéral.

« Je ne sais si le simple épanchement dans le péricarde peut amener à la longue un état d'atrophie du cœur, comme il arrive pour le poumon, à la suite d'un épanchement séreux dans la plèvre; mais j'ai vu cette atrophie du cœur survenir par l'effet de la compression prolongée qu'avait exercée sur lui un épanchement pseudo-membraneux.

« La tumeur qui résulte de l'amas d'une énorme quantité de sérosité dans le péricarde agit aussi mécaniquement sur les organes voisins, tels que les poumons, le diaphragme, la rate et le foie; elle les refoule, usurpe en quelque sorte leur place, et soulève la région précordiale. » (*Traité clinique des maladies du cœur,* tom. II, p. 134.)

Causes. Cette affection est primitive ou consécutive à l'inflammation du péricarde. Dans le premier cas, elle est le résultat mécanique d'un trouble dans la circulation veineuse.

Symptômes et signes. De la dyspnée, quelquefois des palpitations, une douleur précordiale légère, un son mat perçu surtout vers le tiers inférieur du sternum, les battements du cœur obscurs et lointains, quelquefois irréguliers, un pouls irrégulier, petit, concentré, et, si l'épanchement est considérable, une hydropisie générale comme complication, tels sont les symptômes de cette maladie.

Le retour à la santé est rare dans cette maladie; elle est ordinairement suivie de la mort, produite soit par une augmentation continuelle de l'hydropisie, soit par la suffocation.

Traitement. On ne peut lui opposer que des révulsifs cutanés, à l'intérieur des préparations mercurielles ou iodurées, des diurétiques. On a proposé une opération chirurgicale analogue à l'empyème et qui consisterait à ouvrir le péricarde, mais c'est là une conception thérapeutique qu'un praticien sage ne sera jamais tenté d'essayer.

PNEUMOPÉRICARDE.

La présence de gaz au sein du péricarde, soit seuls, soit accompagnés de liquides, constitue cette maladie.

Dans les deux cas, on obtient les signes d'une hydropéricarde; mais dans les cas où les gaz sont seuls, il y a, de plus, une sonorité remarquable à la région du cœur, sonorité plus grande que quand une portion de poumon emphysémateux est saillante au-devant du cœur. S'il y a plus de liquide que de gaz, le son est mat; il est clair dans les circonstances inverses, il y a gargouillement quand on imprime des mouvements au tronc des malades; enfin il y a production de bruits tout particuliers.

Ces gaz, comme tous les gaz épanchés, peuvent se résorber.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

La plupart sont la suite de la péricardite.

Différentes productions accidentelles, des ossifications, des plaques cartilagineuses, des tumeurs fibreuses peuvent se développer dans le péricarde et gêner les mouvements du cœur. D'autres produits sans analogues dans l'économie, comme des tubercules existant seuls, ou parsemant de fausses membranes développées à la suite d'une péricardite, rares chez l'adulte, plus fréquents chez l'enfant; des masses cancéreuses, enfin des hydatides, tous produits qui peuvent ne donner lieu à aucun accident; telles sont les lésions de nutrition observées dans le péricarde.

—

3° MALADIES DE LA PLÈVRE.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

PHLEGMASIES.

De la pleurésie.

Caractères anatomiques. La pleurésie donne lieu à des altérations du tissu de la plèvre, à des altérations de fonctions de sécrétion qui lui sont dévolues, et à des modifications dans le poumon, telles que la compression, le déplacement, les changements de forme, de volume, de situation et de rapports.

La plèvre paraît rouge, mais cette rougeur est due à l'injection plus ou moins vive des vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-séreux. Si la pleurésie est légère, la membrane elle-même conserve sa transparence, et on n'y voit aucune trace de ramifications vasculaires. Si l'inflammation est plus intense, la membrane séreuse présente des vaisseaux plus ou moins nombreux remplis de

sang, vaisseaux tantôt peu multipliés, laissant entre eux de grands intervalles, et troublant à peine la transparence de la membrane, tantôt en nombre plus consibérable, s'agglomérant, s'anastomosant de mille façons et produisant de simples points, de longues stries, de larges plaques, des bandes plus ou moins sinueuses, ou bien, ce qui est rare, une teinte rouge uniforme dans une étendue plus ou moins grande.

Quelles que soient la coloration, l'opacité ou la transparence de la plèvre, il est très-rare qu'elle soit épaissie, ramollie ou ulcérée.

Les altérations de sécrétion sont plus nombreuses et plus variées, et consistent en une modification dans la quantité et dans la qualité des produits sécrétés par la plèvre enflammée.

1° Quantité : elle peut varier depuis moins d'une once jusqu'à plusieurs pintes. Dans ce dernier cas, le poumon est refoulé et occupe un petit espace, le diaphragme est repoussé en bas et produit une saillie du foie à droite, de la rate à gauche ; les côtes sont écartées, les espaces intercostaux agrandis et fortement bombés en dehors ; les médiastins sont déviés du côté opposé à celui qui est le siége de l'épanchement ; et, quand cet épanchement existe à gauche, le cœur peut être porté à droite, sa pointe tellement rapprochée du sternum que ses battements ne s'entendent plus pendant la vie que derrière cet os, et dans la partie droite du thorax.

2° Qualité : La sérosité est tantôt incolore ou citrine, limpide et transparente ; tantôt, au milieu de cette sérosité limpide nagent quelques flocons albumineux, ou bien ces flocons albumineux, se dissolvent en partie dans la sérosité et en troublent la transparence. Dans quelques cas, le liquide est trouble, jaune, vert, brun ou grisâtre, quelquefois très-épais et comme bourbeux. Dans d'autres cas, c'est un véritable pus que l'on trouve dans la plèvre, ou bien un liquide particulier ressemblant à de la gelée de viande demi-liquéfiée, ou bien encore du sang.

Ces produits liquides exhalés par la plèvre se concrètent en partie et passent à l'état solide, d'où formation de fausses membranes très-variables sous le rapport de leur organisation, de leur forme, de leur couleur, de leur étendue, de leur consistance et de leur épaisseur.

1° Organisation. Tantôt les fausses membranes existent après quelques jours seulement de maladie tantôt on n'en trouve encore aucune trace après un mois et plus. Aucune règle générale ne saurait être posée sur le moment où cette organisation commence.

2° Forme : très-variable. Tantôt granulations miliaires, isolées les unes des autres ; tantôt larges concrétions recouvrant une partie plus ou moins grande des plèvres et en augmentant considérablement l'épaisseur, soit lisses et polies, soit rugueuses et mamelonnées. Très-souvent ces concrétions s'allongent en brides, de forme, de grandeur et de densité variables, s'étendant d'une des surfaces de la plèvre à l'autre, constituant des adhérences souvent très-longues, s'entre-croisant au milieu du liquide, et l'enfermant dans des espèces de loges ou de cellules plus ou moins régulières qu'elles laissent entre elles.

3° Consistance. Tant qu'elles sont récentes, elles sont molles, se déchirent facilement et ont un aspect albumineux, mais tôt ou tard elles tendent à se transformer en un véritable tissu cellulaire qui réunit intimement les deux surfaces de la plèvre ; c'est ce qu'on trouve chez les individus qui ont eu d'anciennes pleurésies.

4° Couleur : le plus souvent incolores ; quelquefois elles empruntent au liquide avec lequel elles sont en contact une teinte jaune, grise ou rouge.

5° Épaisseur : quelquefois elle n'est pas plus grande que celle de la plèvre elle-même ; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle surpasse de beaucoup l'épaisseur naturelle de la plèvre, et ces fausses membranes étant presque toujours superposées les unes aux autres, cette épaisseur paraît, au premier coup d'œil, plus considérable.

Ces fausses membranes peuvent passer à l'état fibreux, cartilagineux et même osseux.

Il est très-fréquent de trouver des tubercules dans la plèvre enflammée ; on les observe au milieu des fausses membranes, ordinairement très-nombreux ; ils se développent avec une grande rapidité. Deux fois nous avons trouvé l'une des plèvres occupée par des masses cancéreuses assez considérables.

Toutes ces altérations que nous avons passées en revue peuvent siéger à la fois dans les deux plèvres ou dans une seule, ou bien n'occuper qu'une portion plus ou moins étendue d'une seule plèvre. De là diverses variétés de pleurésies que nous examinerons à l'article des symptômes.

Si nous examinons maintenant l'état du poumon du côté où existe l'épanchement, nous voyons que le plus ordinairement il est refoulé vers la colonne vertébrale. Si l'épanchement est très-considérable, le poumon peut ne plus présenter qu'une lame mince qui occupe un très-petit espace le long du canal rachidien ; quand il est recouvert de fausses membranes épaisses, au premier aspect on peut croire qu'il a complétement disparu. Dans d'autres cas, ce n'est pas le poumon dans sa totalité qui est refoulé, mais seulement un seul lobe : enfin, au lieu d'être porté vers la colonne vertébrale, le poumon peut, au contraire, être refoulé vers les côtes, soit en ar-

rière, soit latéralement, et alors le liquide occupe la partie antérieure et externe de la cavité de la plèvre. Dans tous ces cas, au reste, le poumon ne crépite plus, il est dense, et se précipite au fond de l'eau. Dans quelques cas rares, il y a en même temps épanchement pleurétique et inflammation du parenchyme pulmonaire.

Causes. Comme la pneumonie, la pleurésie reconnaît souvent pour cause l'impression d'un air froid, les vicissitudes atmosphériques, l'introduction de boissons froides dans l'estomac, la suppression subite de la sueur ou d'une évacuation quelconque entretenue depuis longtemps.

Elle peut succéder à une violence extérieure qui agit sur les parois thoraciques.

Les lésions organiques du poumon sont aussi des causes fréquentes de l'inflammation de la plèvre. Ainsi, la pneumonie s'accompagne presque toujours d'une légère pleurésie sans qu'il y ait réciprocité entre ces deux maladies. La présence de tubercules pulmonaires à l'état de crudité et quand ils sont peu nombreux, occasionne le plus ordinairement des pleurésies légères et partielles, dont la douleur est le principal symptôme, et qui donnent lieu aux adhérences celluleuses de la plèvre si constantes chez les phthisiques. Les pleurésies sont plus graves et se terminent, le plus communément, par épanchement quand les tubercules sont immédiatement situés sous la plèvre pulmonaire.

Les solutions de continuité du poumon à sa surface extérieure, en établissant une libre communication entre la cavité de la plèvre et les bronches, peuvent aussi déterminer la pleurésie; assez souvent partielles, ordinairement aiguës, quelquefois chroniques et plus ou moins latentes.

Symptômes. La *douleur* est un des symptômes les plus constants de cette maladie. Son siége, son intensité et sa durée sont très-variables. Dans les cas les plus fréquents, c'est au niveau ou au-dessous de l'un ou l'autre sein qu'elle se fait sentir, quoique l'inflammation ne soit pas bornée là, et qu'elle existe dans une étendue beaucoup plus grande. Elle peut se faire sentir dans le creux de l'aisselle, sous les clavicules, le long du sternum, dans les fosses sus et sous-épineuses de l'omoplate. Dans quelques cas, elle occupe tout un côté de la poitrine, ou le rebord cartilagineux des fausses côtes, l'un ou l'autre hypocondre, l'épigastre et le flanc.

Quel que soit son siége, la douleur pleurétique augmente par la percussion, par la pression intercostale, par le décubitus sur le côté affecté, par l'inspiration, par la toux et par les divers mouvements du tronc.

Dans plusieurs cas, cette douleur est très-vive, soit continuellement soit par intervalles, Alors l'anxiété des malades est extrême; de peur d'augmenter leur douleur, ils ne font que de très-courtes inspirations, et le moindre effort de toux est pour eux une chose fort pénible et qu'ils appréhendent. Dans d'autres cas, la douleur très-modérée ne se fait sentir que dans les inspirations profondes, et c'est à peine si la percussion et la pression l'augmentent. Dans d'autres cas, enfin, qu'il y ait ou non épanchement, aucune douleur ne se fait sentir, soit au début soit pendant tout le cours de la maladie. Ceci est extrêmement important à savoir, et fait sentir combien il est nécessaire de recourir à tous les moyens de diagnostic dont la science s'enrichit tous les jours. Combien de pleurésies seraient méconnues, même celles qui s'accompagnent d'épanchements considérables de sérosité ou de pus, de fausses membranes, etc., si l'on s'en rapportait toujours à l'existence de la douleur, et qu'on négligeât les lumières fournies par l'auscultation et par la percussion!

Dans les cas les plus fréquents, la douleur existe dès le début de la maladie. Quelquefois, d'abord vague et fugitive, ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elle devient fixe et continue. Souvent alors elle peut être confondue avec une simple douleur rhumatismale, et il faut reconnaître qu'il est souvent fort difficile de les reconnaître l'une de l'autre. Si, en effet, la douleur pleurétique s'accompagne ordinairement de symptômes plus graves, il est des cas où une simple douleur musculaire donne lieu à de la fièvre et à de la dyspnée; et il en est d'autres où une véritable pleurésie n'occasionne ni fièvre, ni dyspnée. On pourra néanmoins, dans la généralité des cas, distinguer une pleurésie d'une pleurodynie à ce que celle-ci donne lieu à une augmentation de la douleur par une pression légère exercée sur les côtes comme dans leurs intervalles, à la grande étendue de la douleur, à son inconstance et à sa mobilité.

Dans la majorité des cas, la douleur, après avoir été très-vive dans les premiers jours de la maladie, diminue d'intensité, devient obtuse, ou même cesse complétement avant la terminaison de la maladie. Dans quelques circonstances, après avoir cessé, elle devient de nouveau très-vive, ce qui indique une recrudescence dans l'inflammation.

La *respiration* est généralement troublée dans la pleurésie; elle est gênée, les mouvements inspiratoires sont courts, accélérés, parfois saccadés. S'il n'existe pas d'épanchement, cette gêne de la respiration n'est due qu'à la douleur qui s'oppose à la libre contraction des muscles qui dilatent le thorax. Si l'épanchement existe, la dyspnée est en rapport avec la quantité du liquide épanché. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, il est des malades qui non-seulement ne semblent

pas avoir de dyspnée, lorsqu'ils sont immobiles dans leur lit, mais encore qui parlent, qui se lèvent, qui marchent, qui font même d'assez longues courses sans que leur respiration soit accélérée ou gênée.

Au reste, les modifications qui surviennent dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du thorax sont relatives aux variétés de la pleurésie : dans l'inflammation de la plèvre costo-pulmonaire, la respiration est surtout diaphragmatique ; dans celle de la plèvre qui tapisse le diaphragme, il y a immobilité de ce muscle, et la dilatation du thorax est surtout le résultat du mouvement d'ascension des côtes.

La *toux,* quand elle existe, est plus ou moins fréquente, petite, comme avortée, et n'a jamais lieu par quintes. L'intensité de l'inflammation et un épanchement considérable ne sont pas des conditions nécessaires à l'existence de la toux ; elle manque quelquefois dans ces circonstances.

L'*expectoration* est, en général, nulle ou, quand elle existe, elle est simplement catarrhale. Elle ne revêt un caractère spécial que lorsque l'épanchement s'ouvre dans les bronches, ce qui est très-rare ; cas dans lequel elle est constituée par un liquide purulent, d'une odeur alliacée.

Le *décubitus,* dans le plus grand nombre des cas de pleurésie avec ou sans épanchement, ne fournit aucun signe qui puisse faire reconnaître la nature de la maladie. Dans quelques circonstances cependant, le décubitus sur le dos avec inclination légère du côté de l'épanchement, ou bien le décubitus entier sur ce côté, sont assez prononcés pour faire soupçonner l'existence d'un épanchement dans la plèvre. Mais dans la très-grande majorité des cas, soit qu'aucune collection n'existe encore, soit qu'il y ait déjà épanchement, le décubitus a lieu sur le dos.

Signes physiques. Conformation du thorax. Le côté du thorax où siége l'épanchement devient, dans un certain nombre de cas, plus ample que le côté opposé. Cet agrandissement est sensible à la vue, même à cinq ou six lignes ; mais comme, à cet égard, l'illusion est très-facile, il faut, pour s'assurer de la vérité, mesurer comparativement les deux côtés à l'aide d'un ruban, dont on fixe une des extrémités sur une apophyse épineuse, et l'extrémité opposée sur le milieu du sternum. La dilatation du thorax est rarement portée au delà d'un pouce et demi. Dans ce cas, les côtes et les cartilages ont la même situation que pendant les grandes inspirations; les espaces intercostaux sont fortement bombés et dépassent le niveau des côtes ; et quelquefois, dans ces espaces et à travers les muscles, on peut sentir une fluctuation évidente, circonstance qui lève tous les doutes sur la nature de la maladie.

Cette dilatation de l'un des côtés du thorax n'est pas constante ; il arrive qu'elle n'existe pas dans les cas où l'épanchement est très-considérable, et où le poumon refoulé est devenu imperméable à l'air.

Au reste, ce phénomène de dilatation peut s'opérer en très-peu de temps ; on l'observe quelquefois à un haut degré dès le quatrième ou cinquième jour d'une pleurésie aiguë.

Quand l'épanchement est résorbé, et qu'une cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement, les côtes tendent à rejoindre cet organe et à combler le vide qui existe entre elles et lui, d'où résulte un rétrécissement de la poitrine.

Percussion. La présence d'un épanchement, même léger, dans la plèvre, est annoncée par la diminution de la sonorité des parois thoraciques du côté où il existe, diminution qui devient d'autant plus sensible que l'épanchement devient plus considérable. Au commencement, la matité du son n'existe qu'inférieurement; plus tard elle est évidente dans toute l'étendue du côté affecté, depuis la fosse sus-épineuse et la clavicule jusqu'à la base du thorax.

Dans les cas de double épanchement, la sonorité est diminuée à la fois des deux côtés ; et, quand l'épanchement est peu considérable, cette circonstance peut n'être pas remarquée ou peut être prise pour un état physiologique.

Quelquefois dans des épanchements circonscrits, la matité n'existe que dans un point limité, et d'autres fois la sonorité du thorax n'est nulle part diminuée.

Enfin, dans quelques cas, la douleur est si vive, que la percussion est tout à fait impraticable.

Auscultation. Les signes fournis par l'auscultation sont plus variés et plus précis que ceux fournis par la percussion.

Au début de la maladie, quand la douleur est très-vive, mais qu'il n'existe pas encore d'épanchement, l'oreille nue ou armée du stéthoscope, appliquée sur la poitrine, perçoit que le bruit respiratoire est plus faible du côté où existe la douleur que du côté opposé, et cette faiblesse du bruit respiratoire tient à ce que l'intensité de la douleur porte instinctivement le malade à dilater moins fortement les parois thoraciques de ce côté.

Aussitôt que l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire présente un peu moins de force que du côté sain ; et à mesure que l'épanchement augmente, le bruit respiratoire devient de plus en plus faible, tandis que, de l'autre côté, il acquiert une intensité beaucoup plus grande que dans l'état physiologique. Si l'épanchement devient très-considérable, le bruit respiratoire cesse tout à fait

de se faire entendre, soit seulement inférieurement et postérieurement, soit dans toute l'étendue d'un des côtés du thorax. Dans la très-grande majorité des cas, le poumon se trouvant refoulé en totalité vers la colonne vertébrale, le bruit respiratoire cesse progressivement de s'entendre de bas en haut, tant en arrière qu'en avant. Dans quelques cas, le poumon, au lieu d'être porté vers la colonne vertébrale, étant directement refoulé d'avant en arrière, et restant appliqué sur les côtes sous forme d'une lame peu épaisse, le bruit respiratoire n'est plus perceptible et avant, tandis qu'en arrière on l'entend encore faiblement.

Dans les cas d'épanchement considérable qui donne lieu à l'absence complète du bruit respiratoire, tantôt aucun bruit ne le remplace, tantôt il est remplacé par la *respiration bronchique*.

La résonnance de la voix est singulièrement modifiée chez les individus dont la plèvre est le siége d'un épanchement. L'oreille, appliquée sur la poitrine d'un malade qui est dans ce cas, perçoit du côté malade, et tandis qu'il parle, un timbre de voix qui se rapproche assez de celui de la chèvre, d'où le nom d'*égophonie*, qui lui a été donné par Laënnec. Souvent ce n'est pas du chevrotement qu'on entend, mais bien un bruit tout à fait analogue à la voix de *Polichinelle*. Il semble, d'autres fois, que la voix passe au travers d'une trompette, ou bien elle est comme étouffée, et l'articulation de chaque mot se fait comme par une sorte de souffle tout particulier. Il est des cas assez nombreux où ces diverses nuances de l'égophonie n'existent que par intervalles et ne sont marquées que dans la prononciation de certains mots. Nous avons observé un malade chez lequel le chevrotement de la voix n'existait que lorsqu'il prononçait le mot *oui*.

L'égophonie ne s'observe pas pendant que l'épanchement est peu considérable, on ne l'entend que lorsqu'il devient plus abondant, et elle disparaît quand il augmente encore.

A ces signes physiques, il faut ajouter ceux indiqués par M. Reynaud :

« L'absence plus ou moins complète des vibrations des parois thoraciques perçues par la main appliquée contre elles, au moment ou le malade parle, est l'indice certain, quand elle n'a lieu que d'un côté, qu'un épanchement pleurétique plus ou moins abondant existe dans ce même côté; cette exploration ne nécessite point que le malade soit assis ni découvert. L'appréciation de la différence existant sous ce rapport dans les deux côtés de la poitrine, peut faire reconnaître la quantité du liquide épanché, et cette même appréciation, faite à diverses hauteurs dans le côté affecté, permet souvent de reconnaître celle à laquelle il s'élève, et de déterminer son niveau. Dans les cas où la pneumonie coïncidera avec l'épanchement pleurétique, et alors, bien souvent, les symptômes qui appartiennent à l'inflammation du parenchyme de l'organe manquent entièrement, on verra apparaître l'un de ses signes (le râle crépitant), en faisant coucher le malade sur le ventre. Dans ce cas aussi, on verra l'égophonie devenir bronchophonie. Le malade étant couché dans cette même position, qu'il existe ou non pneumonie, l'épanchement sera reconnu aux signes suivants : un bruit très-marqué, semblable à celui de deux corps frottant l'un contre l'autre, un peu saccadé, ayant lieu alternativement de haut en bas et de bas en haut dans les mouvements d'expiration ou d'inspiration, et plus ou moins marqué, plus ou moins rapide, suivant l'étendue et la rapidité de ces mêmes mouvements, sera sensible à l'oreille nue ou armée du stéthoscope, appliquée sur le côté malade. Plusieurs circonstances anatomiques, faciles à apprécier, peuvent s'opposer à ce que ce phénomène ait toujours lieu. » (Thèse, 1829.)

Symptômes généraux. Dans la plupart des cas, la pleurésie donne lieu à la fièvre. Dans la première période, ou d'acuité, le pouls est dur; dans une période plus avancée, soit que l'inflammation se modère, soit qu'elle passe à l'état chronique, la peau perd sa chaleur mais le pouls conserve une fréquence habituelle qui chaque fois devient plus considérable, en même temps que la température de la peau s'élève aussi. Il n'y a de sueurs abondantes que lorsque les tubercules viennent à se développer dans la plèvre ou dans les fausses membranes qui la tapissent. Lorsque la pleurésie est décidément chronique, le pouls perd toute sa fréquence, en même temps que la respiration devient entièrement libre. Ce n'est pas que le malade soit guéri, car l'épanchement existe encore, l'auscultation et la percussion le prouvent; mais il se trouve dans des conditions favorables pour que la guérison s'opère, ce qui démontre combien les anciens étaient dans l'erreur en admettant que la fièvre était nécessaire à la résolution de toutes les maladies chroniques.

Le sang retiré de la veine présente presque toujours un caillot plus ou moins dense recouvert d'une couenne épaisse.

A moins de complications, les fonctions digestives ne présentent pas de trouble notable.

L'infiltration séreuse des membres du même côté que l'épanchement est un phénomène plus rare que quelques auteurs ne l'ont pensé.

Comme dans tous les cas d'inflammation, la sécrétion urinaire est diminuée, troublée, pervertie.

La nutrition est profondément altérée, et

la pleurésie chronique avec épanchement donne presque toujours lieu au marasme.

Marche, durée et terminaison. Une douleur ayant le plus souvent son siége au-dessous de l'un des seins, précédée ou accompagnée de fièvre, une toux sèche, de la dyspnée, de la fièvre et souvent une faiblesse plus grande du bruit respiratoire du côté où existe la douleur, tels sont les premiers symptômes qui marquent l'invasion de la pleurésie. Si aucun épanchement ne se forme, ils se dissipent ordinairement au bout de quelques jours, et la guérison a lieu. Si un épanchement se forme dans la plèvre, le son devient mat; le bruit respiratoire, d'abord faible, devient nul ou est remplacé par le bruit de respiration bronchique, les différentes variétés d'égophonie se manifestent, et les parois thoraciques du côté affecté subissent une dilatation plus ou moins marquée. La mort peut être la conséquence de ces phénomènes après un espace de temps très-court, et cette terminaison funeste doit être redoutée quand la dyspnée et la fièvre sont très-intenses. Si la dyspnée et la fièvre diminuent, la maladie se prolonge, passe à l'état chronique, et, dans ce cas, elle peut encore se terminer par la mort ou par le retour à la santé. La terminaison par la mort est le plus souvent précédée d'un état de dépérissement et de marasme qui résulte à la fois et de l'insuffisance de l'hématose, qui a lieu par suite de l'inertie complète de l'un des poumons, et de la seule existence d'une phlegmasie avec suppuration abondante et production fréquente de tissus accidentels. Dans d'autres cas, la mort résulte d'une recrudescence subite de la pleurésie, qui, après avoir été longtemps chronique sans danger, devient rapidement mortelle dès qu'elle repasse à l'état aigu. Enfin, il arrive quelquefois que la mort survient par suite d'une communication spontanément établie entre les cavités de la plèvre et l'extérieur, soit à travers les parois thoraciques, soit à travers les bronches.

La cessation de la fièvre, le peu de gêne de la respiration, le bon état de la nutrition et des forces annoncent une terminaison favorable. Dans ces circonstances la résorption de l'épanchement a ordinairement lieu dans un espace de temps plus ou moins long. Une guérison rapide a quelquefois lieu même après que l'épanchement s'est frayé une issue au dehors à travers les bronches et les parois thoraciques.

Il n'est pas extrêmement rare d'observer des phénomènes critiques pendant la résorption d'une pleurésie; ainsi on peut voir survenir une métrorragie, des sueurs abondantes, ou un flux bronchique.

Variétés: elles sont relatives aux symptômes et au siége. Il est des pleurésies avec ou sans épanchement, qui ne sont accompagnées ni de douleurs, ni de toux, ni de dyspnée, ni d'accélération du pouls. Il en est d'autres qui ne donnent lieu ni à la matité du son, ni aux modifications du murmure respiratoire ou de la voix. Il y a des pleurésies avec ou sans épanchement, manifestes ou latentes, doubles ou simples, générales ou partielles. Quand la pleurésie est *interlobaire,* l'auscultation, la percussion ne démontrent rien; il y a dyspnée plus ou moins considérable, la douleur est très-faible, la fièvre souvent hectique, et bientôt suivie de la mort. Si elle est *médiastine*, on obtient un son mat derrière le sternum. Lorsqu'elle est *diaphragmatique,* la douleur ne siége plus dans le thorax, la respiration est toujours costale, il y a orthopnée, le malade reste assis sur son lit, ou même s'incline en avant, en cherchant à soutenir les hypocondres; il y a une grande anxiété, hoquets, nausées, vomissements sympathiques; et si la pleurésie existe du côté droit, il y a ictère, résultat de l'irritation sympathique du foie. Cette dernière forme présente un diagnostic bien difficile, puisqu'elle simule l'hépatite, la péritonite partielle autour du foie, la gastrite, le rhumatisme du diaphragme.

Complications. La pneumonie, la péricardite et le pneumothorax sont les complications les plus fréquentes de la pleurésie.

Pronostic. Il varie suivant un grand nombre de circonstances. Il est évident que la pleurésie sans épanchement est beaucoup moins grave que la pleurésie avec épanchement. Quand elle est bornée à une petite étendue, la pleurésie sèche est fréquemment une maladie fort légère, qui trouble à peine la respiration, et qui n'excite aucun trouble général. Il n'en est plus de même quand elle est générale et quand elle existe des deux côtés à la fois; elle peut alors être rapidement mortelle, avant qu'aucun épanchement ait eu le temps de se former.

Le pronostic de la pleurésie doit varier aussi selon le siége qu'elle occupe. Ainsi la pleurésie diaphragmatique donne lieu à des symptômes plus graves que celle beaucoup plus étendue de la surface de la plèvre.

La gravité du pronostic est en raison directe de la quantité de l'épanchement. Un épanchement double, pour peu qu'il soit considérable, est un cas presque toujours mortel. D'ailleurs, toutes ces circonstances, qui doivent influer, généralement parlant, sur le pronostic, sont subordonnées à la constitution et à la force des malades.

Un épanchement de pus est plus fâcheux qu'un épanchement séreux. Il n'est pas démontré qu'un épanchement de sang donne lieu à des symptômes plus graves que les autres épanchements.

La persistance de la dyspnée et de la fièvre est toujours d'un fâcheux augure ; on ne peut espérer la résorption de l'épanchement que quand ces deux symptômes se seront affaiblis ou auront disparu.

Le marasme, les sueurs abondantes doivent faire craindre le développement des tubercules dans la plèvre enflammée.

Traitement. Il doit être essentiellement antiphlogistique. La saignée générale diminue la fièvre et la dyspnée, mais non la douleur, et, en général pour elle, les saignées locales sont indiquées. On prescrira des boissons adoucissantes, une diète rigoureuse jusqu'à la cessation de la fièvre et du point de côté. Quant à l'épanchement, il se résorbe d'ordinaire sous l'influence de précautions hygiéniques, d'un régime frugal, d'un exercice modéré. Si, au bout d'un certain temps, il persiste, on doit avoir recours aux révulsifs cutanés, et spécialement au séton. On doit exciter différentes sécrétions, mais ne point ordonner une diète rigoureuse et un repos forcé. L'opération de l'empyème est la dernière ressource à employer contre un épanchement qui a été rebelle à tous les autres moyens, et qui donne lieu à des symptômes de suffocation imminente.

HÉMORRAGIES.

Les hémorragies des plèvres sont rares et l'épanchement qu'elles produisent se reconnaît aux mêmes signes que l'épanchement séreux.

IIe CLASSE.—LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

EXALATION SÉREUSE.—HYDROTHORAX.

C'est l'hydropisie des plèvres. Elle résulte tantôt de l'hypersécrétion des plèvres (hydrothorax *actif*), tantôt d'une diminution dans la faculté absorbante des extrémités veineuses, ou bien d'un obstacle au cours du sang dans les troncs veineux où se rendent celles-ci (hydrothorax *passif*). Il peut, comme toutes les autres hydropisies, reconnaître pour cause première un obstacle au cours du sang.

Il sera toujours fort difficile de distinguer de la pleurésie aiguë légère un hydrothorax actif; souvent aussi une pleurésie chronique laisse à sa suite un épanchement séreux qui ne diffère en rien d'un hydrothorax non précédé d'inflammation.

Le liquide de l'hydrothorax n'occupe ordinairement qu'un des côtés du thorax. La quantité en est très-variable. Dans un cas vu par Laënnec, la plèvre droite contenait douze livres de sérosité incolore et limpide. La plèvre, plus blanche que dans l'état normal, est intacte. Comme dans les épanchements pleurétiques, le poumon correspondant à l'épanchement est comprimé, refoulé vers la colonne vertébrale et le sommet du thorax, tandis que le diaphragme, le foie ou la rate, selon le côté affecté, sont repoussés en bas.

Causes. Elles sont les mêmes que celles des autres hydropisies en général. Ainsi l'hydrothorax peut résulter d'une brusque suppression de la transpiration ou de quelque autre sécrétion. Il se rencontre le plus ordinairement chez les individus affectés d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux qui mettent obstacle à la circulation.

Symptômes. Gène de la respiration en rapport avec la quantité du liquide épanché. Décubitus sur le côté malade; dans les cas d'hydrothorax double, respiration haletante, position assise dans le lit, contraction énergique de tous les muscles respiratoires, anxiété extrême sur le visage.

Matité dans la partie du thorax qui est le siége de l'épanchement. Si l'hydrothorax est étendu, bruit respiratoire nul dans la partie correspondante à l'épanchement, remplacé par le souffle tubaire ou la respiratoire bronchique.

Circonférence de la poitrine plus étendue du côté affecté. Agrandissement des espaces intercostaux entre lesquels on peut quelquefois sentir la fluctuation.

Symptômes généraux en général nuls.

Traitement. L'hydrothorax résultant presque toujours d'une maladie organique du cœur ou des gros vaisseaux, c'est cette maladie qu'il faut combattre, et malheureusement nos moyens sont bien bornés.

EXHALATION GAZEUSE. — PNEUMOTHORAX.

Les gaz peuvent exister seuls ou être mêlés à des liquides ; ils sont inodores, ou fétides, et peuvent être constitués par de l'oxygène ou de l'azote, par de l'hydrogène pur ou phosphoré.

Sur 70 cas, deux fois l'affection existait des deux côtés, 41 fois à gauche, 27 à droite.

Causes. Le pneumothorax peut surgir spontanément, mais il est très-rare que la plèvre exhale des gaz. Le plus souvent ils viennent (abstraction faite du pneumothorax traumatique) du dehors par une lésion pulmonaire. C'est tantôt une fistule qui fait communiquer une caverne avec la plèvre ; c'est tantôt un abcès, suite de pneumonie, ouvert dans la plèvre ; tantôt une gangrène du poumon étendue à la plèvre, une apoplexie pulmonaire déchirant le poumon ou la plèvre, un cancer ulcéré du poumon, ou bien, comme je l'ai observé deux fois, une rupture simultanée de quelques vésicules pulmonaires et de la plèvre

Symptômes. Ils consistent 1° dans une dyspnée plus ou moins considérable en raison de la quantité des gaz et de la rapidité avec laquelle ils se sont formés ; 2° un bombement du thorax, mais qui n'est pas constant; 3° une

sonorité insolite dans toute l'étendue du côté malade, ou seulement supérieurement, car, plus bas, un son mat dénote la présence du liquide; 4° l'absence du bruit respiratoire coïncidant avec cette sonorité (*signe pathognomonique*); 5° quelquefois une respiration amphorique, caverneuse; 6° s'il y a des gaz et des liquides épanchés, un gargouillement d'abord peu sensible, puis augmentant chaque jour en raison inverse de la respiration amphorique et de la sonorité; 7° un tintement métallique, signe spécial, mais non constant, et resté jusqu'ici sans explication; 8° s'il y a en même temps des liquides, la succussion du tronc fait naître un bruit de liquide déplacé.

Durée. Elle peut être de quelques heures et amener la mort, s'étendre à quelques jours et même à plus d'un mois.

Terminaison. Une terminaison heureuse peut avoir lieu par résorption; mais, le plus souvent, la mort est la suite de cette maladie.

Diagnostic. Il est en général facile, et les seules maladies avec lesquelles on puisse confondre le pneumothorax sont l'emphysème du poumon, et le passage, à travers le diaphragme divisé, de l'estomac, distendu par des gaz et des liquides.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

PRODUITS ACCIDENTELS.

Des *kystes séreux,* développés dans l'intérieur des plèvres, peuvent simuler l'hydrothorax.

Sous l'influence de l'inflammation, des plaques *cartilagineuses* et *osseuses* peuvent se former dans les plèvres.

Les *tubercules* peuvent se développer dans de fausses membranes de la plèvre et coïncider avec ceux du poumon, ou envahir cette membrane saine, et constituer même des masses assez volumineuses pour refouler le poumon.

Le *cancer* peut se montrer dans cette séreuse sous deux formes : 1° en petites masses disséminées sans rien produire de particulier; 2° en masses considérables, remplissant tout un côté de la poitrine et affaissant le poumon, produisant un son mat et une dyspnée qui simulent l'hydrothorax.

CANCER DU MÉDIASTIN.

Une douleur sous-sternale, le dépérissement, un son mat sont souvent les seuls signes qui précèdent la mort dans cette maladie. Dans d'autres cas, des battements sentis à travers une tumeur, simulant l'anévrisme de l'aorte, la corrodation du sternum et la saillie à l'extérieur viennent s'y joindre.

Sur 5 cas observés, dans l'un, le malade avait 31 ans, un autre 37, un autre 47, un quatrième 69, le cinquième, âge inconnu. Dans 3 cas, il y avait des cancers dans d'autres parties du corps; dans un cas observé par M. Martin-Solon, le médiastin seul en présentait.

4° MALADIES DU PÉRITOINE.

Ire CLASSE.—LÉSIONS DE CIRCULATION.

Hypérémies. Une hypérémie mécanique du péritoine peut se produire dans l'ascite.

PHLEGMASIES.

De la péritonite aiguë.

Caractères anatomiques. 1° Dans la membrane. Ce qu'on observe le plus ordinairement, c'est une injection sous-séreuse, la perte de sa blancheur normale et de sa consistance ordinaire.

2° Dans la cavité du péritoine, un liquide séreux ou séro-purulent épanché, caractère qui manque quand la mort a été prompte; des pseudo-membranes.

La matière sécrétée est constituée, soit par une matière organisable qui se transforme en fausses membranes, bientôt cellulaires et constituant des adhérences partielles ou générales, selon l'étendue de l'inflammation, ou simplement par une sérosité trouble, lactescente, où nagent des flocons albumineux; ou par du sang pur mêlé à du pus; par un liquide blanc homogène, qu'on croyait être du lait dans les péritonites puerpérales, et qui, suivant plusieurs auteurs et, parmi eux, M. Dugès, serait, dans cette variété de la péritonite, caustique au point de déterminer des boutons sur les mains qui le touchent; dont la quantité est variable, et dont on ne peut guère constater l'existence pendant la vie; car, le plus souvent, il est renfermé au sein du péritoine, dans une foule de cellules pseudomembraneuses séparées les unes des autres, et produisant quelquefois, en différents points, des tumeurs sensibles même pendant la vie. Dans certains cas, du pus existe en même temps en dehors du péritoine, et cette séreuse se trouvant ainsi entre deux couches de pus, le feuillet viscéral peut être décollé, des abcès plus ou moins considérables peuvent se former; ou bien, le péritoine usé, éraillé, se dissocie et peut se faire jour au dehors avec le pus. Dans la péritonite puerpérale, les ligaments larges peuvent exhaler du pus, ainsi que le tissu cellulaire placé entre le péritoine et les parois du petit bassin.

3° La muqueuse intestinale est souvent intacte, quelquefois même elle se montre anémiée par une sorte de révulsion pathologique.

4° L'intestin considéré en lui-même reçoit une atteinte mécanique; des adhérences peuvent le comprimer, l'étrangler, interrompre le cours des matières, ou former une agglomération de plusieurs circonvolutions remplies de gaz et de matières. Ces adhérences

une fois formées doivent-elles durer toute la vie? Quelques faits sembleraient prouver qu'elles peuvent disparaître; dans ce cas serait l'observation, publiée par Béclard, d'un maniaque qui s'était donné, à plusieurs reprises des coups de couteau dans l'abdomen.

1° *Causes extérieures.* La température peut jouer un rôle dans le développement de cette maladie. On voit certains individus être affectés de péritonite aiguë, et surtout les femmes récemment accouchées, après un refroidissement subit par des linges humides et froids, par des boissons froides, par le froid direct imprimé aux parties génitales pendant l'accouchement; aussi, cette affection, d'après les relevés statistiques, semble-t-elle être plus fréquente dans les pays froids, quoique quelques faits soient venus controuver cette assertion.

2° Relativement aux saisons, l'hiver et l'automne semblent y prédisposer; les relevés faits par Tenon, à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de 11 années, montrent que les mois de décembre, novembre, février, janvier, avril, ont été les plus chargés de péritonites. M. Dugès, à la maison d'accouchement, a observé que la fréquence était plus grande dans les mois de novembre, octobre, décembre, février, janvier. Les relevés faits à Genève pendant 11 ans, par Delaroche, ont prouvé la malheureuse influence des mois de janvier, mars, novembre, décembre. Néanmoins, cette maladie s'observe encore assez souvent dans les saisons chaudes.

3° Les conditions d'entassement, de renouvellement difficile de l'air exercent une grande influence sur la production de la péritonite.

4° Elle succède souvent aux violences extérieures, aux plaies pénétrantes et à de simples contusions de l'abdomen.

2° *Intérieures.* L'étranglement interne ou externe, la rétention des matières fécales, les maladies des voies digestives, une violente indigestion, l'excès de boissons alcooliques, une alimentation trop abondante chez des femmes en travail, des ulcérations intestinales touchant le péritoine sans le perforer ou en le perforant, les maladies du foie, des kystes hydatiques spécialement formés dans le foie ou la rate, la perforation de la vésicule du fiel, certains états morbides de la vessie, la taille, la lithotritie, une simple ascite, toutes ces circonstances peuvent déterminer la péritonite aiguë.

Circonstances spéciales à la péritonite puerpérale. Commençons par indiquer trois causes dont l'efficacité nous paraît douteuse: savoir l'accouchement, la continuation du *nisus formativus*, les maladies chroniques de l'utérus chez une femme grosse. On a attribué la péritonite puerpérale au travail laborieux de l'accouchement et, partant, mais, seulement en théorie, à la primiparturition, à l'emploi du forceps, à des manœuvres pour provoquer l'avortement, à des coups reçus sur l'abdomen pendant la grossesse, à la déchirure de l'utérus, à l'opération césarienne, à l'existence d'un fœtus mort et putréfié dans l'utérus, à la rétention de l'arrière-faix ou de caillots plus ou moins volumineux, à de grandes hémorragies pendant le cours de la grossesse ou après l'accouchement, à des causes agissant sur le système nerveux, comme un mauvais régime, des chagrins profonds, l'emploi de drastiques énergiques pour produire l'avortement. On a mis encore, au nombre des causes de la péritonite, la suppression des lochies, qui en est plutôt l'effet, à moins, toutefois, qu'il n'y ait un commencement de métrite, de métro-péritoine, ou de phlébite utérine. On a aussi fait jouer un grand rôle à la suppression du lait, qui semble être plutôt un effet qu'une cause. Enfin, dans cette variété spécialement, la rétention des matières fécales agit puissamment pour produire la péritonite.

1° *Symptômes locaux.* La douleur, on peut le dire, existe constamment, au moins dans les péritonites primitives; car, dans celles qui sont consécutives à la gastro-entérite, à la dothinentérie, elle n'a pas lieu, parce que la sensibilité est devenue obtuse. Elle se montre dès le début, ou après le frisson, en même temps que lui. Elle persiste avec plus ou moins d'intensité; d'abord partielle dans quelques cas et bornée à l'hypogastre, à l'épigastre, aux lombes et aux flancs, elle reste stationnaire ou devient générale; elle augmente par la pression la plus légère, par le plus léger mouvement; aussi le malade reste-t-il dans le décubitus sur le dos; par le vomissement, par la défécation et l'émission des urines; dans quelques cas elle est vague, mobile, semble de nature rhumatismale, mais bientôt elle devient constante. Le ventre, d'abord tendu, devient plus tard tuméfié, soit également partout, soit plus en quelques points, d'où la présence de tumeurs passagères ou permanentes. La percussion peut indiquer de la fluctuation, mais très-souvent celle-ci n'existe pas; le son n'est pas toujours le même; il est clair quand les intestins ne sont pas distendus par des gaz.

2° *Généraux.* 1° Digestion. S'il n'existe pas de complications du côté de l'appareil digestif, la langue est normale, la soif est peu intense; nausées qui se montrent souvent dès le début, seules ou accompagnées de vomissements; ceux-ci, en général, composés de matières verdâtres, porracées, plus ou moins abondantes, sont passagers ou continuels; en général, il y a constipation, la diarrhée annonce une complication intestinale.

2° Respiration. Souvent elle n'est nullement troublée; mais si la péritonite est intense, si

elle est prolongée, si elle affecte le péritoine diaphragmatique, une dyspnée se manifeste qui croît avec la maladie, par suite de l'irritation communiquée au diaphragme et de la gêne qu'il éprouve dans sa contraction.

3° Circulation, elle est troublée dès le début, et, en effet, celui-ci est marqué par le frisson seul ou accompagné de la douleur, frisson qui dure plus ou moins longtemps, et est remplacé par une chaleur vive à peine interrompue par un léger frisson, chaleur à laquelle succède le refroidissement de la peau. Le pouls est le plus souvent fréquent, et en même temps il est quelquefois concentré, dur, petit; il se développe quand l'inflammation commence à tomber: quand la phlegmasie est assez intense, il est quelquefois assez petit pour n'être pas senti au poignet.

4° Sécrétions. Les sueurs ne sont pas constantes, et leur présence n'est pas aussi favorable que l'ont pensé quelques observateurs. Les urines, en général, peu abondantes, sont quelquefois supprimées par cessation de sécrétion.

5° Innervation. Elle est surtout troublée par la douleur; cependant le délire est fort rare, mais les traits sont profondément altérés; les malades restent immobiles, couchés sur le dos, dans une prostration en rapport avec la douleur.

Marche. Tantôt elle est exacerbante jusqu'à ce que la mort vienne la terminer; quand il y a tendance à la guérison, on observe une diminution graduelle dans les symptômes; dans plusieurs cas, la marche de la péritonite aiguë est caractérisée par des rémissions de plusieurs heures alternant avec des exacerbations.

Durée. On peut désigner la péritonite par les noms de suraiguë, lorsque 15 heures seulement s'écoulent entre son invasion et la mort, et de subaiguë quand cette durée est de 20, 25, 30 jours. Mais sa durée ordinaire est de 6 à 9 jours.

Pronostic. Il est toujours très-grave.

Terminaison. La plus fréquente est la mort; mais la guérison peut aussi avoir lieu, soit que la résolution soit rapide et complète, soit que les malades conservent des douleurs sourdes et vagues, qui, le plus souvent, vont en diminuant, qui néanmoins peuvent persister très-longtemps et paraissent dépendre des adhérences celluleuses produites par l'inflammation. Une péritonite aiguë peut passer à l'état chronique; enfin, dans quelques cas très-graves, on a signalé l'évacuation de l'épanchement à travers les parois de l'intestin ou de l'abdomen perforés.

Complication. Elles sont très-fréquentes : ce sont 1° des inflammations toutes locales comme la gastro-entérite aiguë, ou quelques autres qui ont été cause de la péritonite, comme la métrite, l'ovarite, ou enfin qui reconnaissent la même cause que l'inflammation du péritoine, comme la phlébite; 2° différents états qui dépendent d'un trouble profond de l'innervation, l'adynamie, l'ataxie, l'hypersténie.

Variétés. Péritonite puerpérale. L'époque du début de cette variété de la maladie est loin d'être bien fixée. Chez quelques femmes c'est aussitôt après la délivrance, chez d'autres seulement le troisième jour au moment de la fièvre de lait, ou même après sa venue, et même plus tard encore. Elle se développe, en général, chez les accouchées dont l'utérus est resté plus tuméfié que de coutume et dans un état de congestion.

Le commencement de cette maladie est marqué par une douleur le plus souvent hypogastrique, qui plus tard se généralise à tout le ventre; puis survient un frisson violent, les lochies se suppriment, le plus ordinairement les mamelles s'affaissent, la forme du ventre reste normale.

On peut distinguer trois espèces de cette variété de péritonite : 1° simple; 2° métro-péritonite; 3° péritonite avec phlébite.

La péritonite puerpérale se montre quelquefois épidémiquement; tout prouve qu'elle n'est pas contagieuse.

Péritonite par perforation intestinale ou stomacale. Le plus souvent elle est suraiguë, mais ne survient, sauf les cas d'empoisonnement, que dans les fièvres typhoïdes, chez les phthisiques, dans le cancer de l'estomac ou dans la gastrique chronique.

Péritonite par étranglement de l'intestin. On observe d'abord une douleur circonscrite, sans autres symptômes, puis tous les symptômes d'une péritonite générale, avec constipation, vomissements et fièvre ardente.

Péritonite par cancer de l'intestin. Celle-là est rapidement mortelle.

Relativement au *siége*, la péritonite aiguë peut être générale ou partielle, et, dans ce dernier cas, si elle envahit l'épiploon (*épiploïte aiguë*), ce qui a lieu moins souvent que pour la phlegmasie chronique, on observe des frissons, de la fièvre, une douleur derrière les parois abdominales, la présence, par moments, de tumeurs, la tension des muscles droits et une mort rapide. Si elle affecte le péritoine qui recouvre le foie (*sus-hépatique*), on reconnaîtra une douleur vive à la partie supérieure de l'hypocondre droit et la production de l'ictère. Si elle frappe le péritoine du bassin, et c'est ce qui a ordinairement lieu après l'accouchement, la mort sera rapide; ou, si la guérison a lieu, il restera des adhérences qui tirailleront l'ovaire ou l'utérus.

Diagnostic. Un grand nombre de maladies peuvent simuler une péritonite aiguë.

Les unes siégent dans les parois abdominales : le rhumatisme des muscles abdominaux offre une vive douleur augmentant par la pression et les mouvements ; il y a tension de la paroi antérieure du ventre, mais celui-ci n'est pas développé, il n'y a ni fièvre, ni vomissements. Nous avons vu une hémorragie dans l'épaisseur des muscles droits offrir plusieurs signes de la péritonite, vive douleur, tension du ventre. Il en est de même des abcès des parois abdominales. Chez les femmes récemment accouchées, on observe souvent une douleur au-dessus du pubis ou sur le pubis même, qui tient à l'inflammation de la symphyse, et pourrait induire en erreur sur le diagnostic.

D'autres maladies siégent dans les organes abdominaux, ainsi la métrite, mais dans cette affection la douleur est bornée et moins vive; les tranchées utérines, mais elles sont intermittentes ; les coliques utérines, que certaines femmes présentent à chaque époque menstruelle ; l'ovarite aiguë, la cystite aiguë, une simple rétention d'urine, les coliques néphrétiques, une longue constipation, enfin les coliques nerveuses se distingueront facilement de la péritonite.

Traitement. 1° Les émissions sanguines doivent être employées largement, surtout au début; saignées abondantes plusieurs fois répétées, en même temps de nombreuses sangsues appliquées sur le ventre, tel doit être, au début, le traitement ; plus tard on doit user des émissions sanguines avec mesure et ménagement.

2° Concurremment avec les émissions sanguines, on emploiera les fomentations émollientes sur le ventre, des embrocations opiacées, des bains tièdes; si la phlegmasie n'est pas très-intense, des lavements fréquents, et s'ils ne suffisent pas, des boissons légèrement laxatives, des boissons émollientes et peu abondantes surtout quand il y a vomissements, tels sont les moyens que l'on doit employer dans la première période.

3° Dans la période d'épanchement, on a employé avec des succès divers les frictions mercurielles faites sur l'abdomen, le pubis, la partie interne des cuisses, pratiquées avec l'onguent napolitain à des doses de demi-once, d'une, deux et trois onces par jour. Des succès ont été obtenus, que les frictions aient été ou non suivies de salivation. On a aussi donné à l'intérieur le calomel et des pilules d'onguent mercuriel.

Quelques auteurs anglais ont beaucoup préconisé l'emploi de l'essence de térébenthine dans la péritonite puerpérale. MM. Trousseau et Pidoux nous ont donné sur ce sujet une savante dissertation que nous demandons la permission de reproduire. Elle est consignée dans le Traité de thérapeutique et de matière médicale qu'ils viennent de publier (Tome 1er, page 445 et suivantes).

Il nous reste à juger une question de thérapeutique bien autrement grave encore que celle qui vient d'être examinée. Quelle confiance méritent les travaux des médecins anglais qui tendent à prouver l'insigne efficacité de l'huile essentielle de térébenthine contre la péritonite puerpérale ? Nous posons la question dans ces termes pour laisser de suite entrevoir notre défiance envers la valeur et la solidité de ces travaux, et pour prévenir que nous ne leur concéderons que ce qu'il nous sera rigoureusement impossible de leur refuser. C'est entre eux et nous une pure question de diagnostic ; et, nous devons le dire par avance, les motifs de nos doutes résultent de l'insuffisance de détails capables de caractériser la maladie, du merveilleux et de l'incroyable des effets racontés, aussi bien que de l'habitude où nous sommes de ne presque jamais pouvoir vérifier sur nos malades ce que les médecins anglais observent dans leurs hôpitaux. Qu'ils sont loin les temps de Thomas Sydenham !

Au mois de décembre 1812, il régna à l'hôpital des femmes en couche de Dublin, une épidémie de péritonite puerpérale à laquelle aucune malade n'échappait, quel que fût le traitement employé, jusqu'à ce que le docteur Brenan se mit à essayer l'huile essentielle de térébenthime. Ce médecin rapporte six observations dans son ouvrage imprimé à Londres, en 1814, sous ce titre : *Thoughts on puerperal fever and its cure by spirits of turpentine.* Brenan décrit ainsi en peu de mots l'aspect général de la maladie : « J'ai en général trouvé qu'après l'accouchement le plus favorable les femmes devenaient malades dès le troisième ou quatrième jour, et présentaient ce que les gardes-malades appellent *fièvre puerpérale éphémère.* Il y avait un frisson violent, suivi de douleurs vives dans l'abdomen et les intestins ; l'estomac était excessivement irritable; il survenait des vomissements; le ventre se tuméfiait et devenait très-sensible à la pression; la maladie se terminait en peu de jours par la mort. »

Ce dernier trait est sans doute celui qui contribue le plus fortement à caractériser la maladie; car, bien que l'ensemble des premiers phénomènes appartienne à la péritonite puerpérale, on pourrait, à la rigueur, les attribuer à quelques autres maladies dont nous parlerons plus bas ; mais il faut avouer que ces mots : *La maladie se terminait en peu de jours par la mort ;* que cette circonstance ainsi répétée : *Aucune femme n'échappait, quel que fût le traitement employé,* etc..., expriment une rapidité et une fatalité de terminaison dont n'est susceptible aucune des affections de femmes en couche; et si on ajoute

à cela la nature épidémique de la maladie, caractère qui ne s'observe guère pour les maladies puerpérales qu'avec la péritonite et au milieu des conditions que nous trouvons ici, nous voulons dire la réunion dans un même lieu d'un grand nombre de nouvelles accouchées ; si on pèse toutes ces considérations, il sera permis de croire qu'en effet les femmes traitées par le docteur Brenan étaient bien affectées de péritonite puerpérale. Poursuivons néanmoins et discutons la valeur des faits allégués.

La première de ces observations n'atteste pas un succès, et pourtant elle prouve quelque chose. Tout fait croire qu'il y a un épanchement dans le ventre, sensibilité exquise à la moindre pression. Après deux saignées, de quinze onces chaque, état de dissolution tel, qu'aucune malade n'avait été guérie; dans un cas semblable, on administre l'essence de térébenthine. L'abdomen, de *tendu* et *très-douloureux,* devient *flasque* et *indolent;* le malade *crache du pus,* et meurt..... Ce fait suggère bien des réflexions; mais comme elles sont communes à plusieurs autres observations, et que toutes peuvent être considérées d'un point de vue unique, continuons à présenter les plus intéressantes, en réservant pour la fin notre opinion générale.

La seconde est en tout semblable à la précédente, seulement la mort n'est pas annoncée par un crachement de pus. L'essence est employée à l'intérieur et en frictions sur le ventre.

Dans la troisième, céphalalgie, sensibilité de l'abdomen, nausées, plaintes, gémissements; une cuillerée à soupe d'essence de térébenthine, et un peu d'eau après. *Quinze minutes à peine écoulées,* la malade se porte bien; l'amélioration s'affermit.

L'auteur qui rapporte ces observations (Fernandès, *Thèse inaug.*, Paris 1830), dit que celle qu'on vient de lire n'a pas besoin de commentaire !!!

La quatrième est insignifiante et fait grand tort aux autres, en prouvant la légèreté du diagnostic et des conclusions de Brenan.

Nous rapportons la cinquième en entier, parce qu'elle est plus importante : Accouchement le 12; le 15, fièvre très-violente, toux très-forte et qui porte à crier, à cause des douleurs du ventre qui est excessivement sensible à la pression (essence de térébenthine appliquée sur l'abdomen; on en donne intérieurement une cuillerée à soupe dans de l'eau sucrée); le 16, point de douleur, appétit; la malade prend des aliments, elle est aussi malade que jamais (essence de térébenthine intérieurement et extérieurement); soulagement, nouvel écart de régime. Les symptômes prennent une très-grande intensité jusqu'au 21; le cas est désespéré, on la considère comme moribonde; vomissements de bile verte (une once d'essence de térébenthine, répétée une heure après; on l'applique aussi sur le ventre). Le 22 au matin, amélioration; on la trouve à dormir (huile de castoréum, teinture de séné, et deux gros d'essence de térébenthine); plusieurs selles. Le 23 et le 24, la malade se porte mieux, prend des aliments et se lève; le 27, elle s'en va chez elle.

Dans la sixième, on se borne à dire qu'après un travail difficile, suivi de l'accouchement de jumeaux, la femme se *porte très-mal.* Elle est guérie par l'usage interne et externe de l'essence.

Voici quelques garanties morales en faveur de l'authenticité des observations du docteur Brenan : 1° ce médecin avait déjà observé plusieurs cas de péritonite puerpérale, et avait été témoin de l'horrible épidémie qui attaquait alors les femmes en couche; 2° d'autres médecins ont observé les mêmes malades, et n'ont point réfuté ces observations. Brenan s'exprime ainsi à ce sujet : « Je mentionnerai ici quelques cas que j'ai traités avec l'essence de térébenthine, qui peuvent être considérés comme étant de quelque valeur, parce que leur authenticité ne saurait être mise en doute à cause du lieu où ils ont été observés. Il est bien évident que toute fausse assertion, faite devant une aussi nombreuse et aussi respectable corporation que celle de l'établissement de l'hôpital des femmes en couche de Dublin, serait bientôt réfutée. » 3° Les contestations que Brenan a eues avec ses adversaires servent plutôt à prouver la véracité des observations que leur fausseté. Son mépris des égards réciproques que se doivent les gens de l'art l'a engagé dans des disputes personnelles avec ses collègues. La discussion qui a eu lieu entre lui et les hommes placés de la manière la plus avantageuse pour découvrir ce qu'il y avait de faux dans ses observations, a fini par tourner à son avantage, puisqu'on n'a pu le prendre en défaut (Fernandès, *thèse cit.*). Nous verrons dans un instant que rien n'est moins difficile.

Le docteur James Macobe, partisan des émissions sanguines dans la maladie dont il s'agit, rapporte quatre faits pour démontrer l'efficacité de l'essence de térébenthine. De ces quatre faits, un seul nous semble appartenir à la péritonite puerpérale. Il est semblable aux deux premiers de ceux rapportés par Brenan; c'est-à-dire que, sous l'influence de l'essence de térébenthine, le ventre, gonflé est très-douloureux, s'affaisse, devient indolent, et la malade meurt. Dans deux autres cas, les malades paraissent avoir été affectées de ces constipations qui, chez les femmes en couche, déterminent des tumeurs stercorales, et quelquefois des douleurs et un gonflement de l'abdomen, simulant la péritonite. La térébenthine a agi en purgeant vivement, et

les malades ont été guéries. Au sujet de ces quatre observations, Macobe écrit à Brenan une lettre où on lit ce qui suit : « Si ces cas sont pour vous de quelque intérêt, je croirais manquer de candeur et de sincérité en ne vous communiquant pas mon opinion sur la découverte d'un médicament qui semble, lorsqu'il est raisonnablement appliqué, être le meilleur de tous ceux qui ont été employés jusqu'à présent dans la fièvre puerpérale, et que, par conséquent, l'essence de térébenthine est une addition très-précieuse à la matière médicale.»

Un onzième fait du docteur Atkinson doit être rangé dans cette dernière classe, bien qu'il semble fort bien caractérisé, et qu'il soit revendiqué comme un des plus éclatants, en faveur de la médication préconisée. Les détails précieux et suffisants qu'il renferme nous autorisent à affirmer que ce succès est entièrement dû aux déjections alvines pocurées par l'essence de térébenthine, les purgatifs et les lavements laxatifs qu'on y associait, seule médication qui triomphe aisément des constipations rebelles si fécondes en accidents graves, et pouvant simuler la péritonite puerpérale chez les femmes.

Une douzième observation du docteur Henri Bayne, exposée avec tous les détails désirables, est un exemple type de l'espèce de maladie que nous venons de rappeler. La guérison est entièrement due à l'action purgative de l'essence de térébenthine et des mixtures salines dont on aidait son effet.

La treizième observation de Richard Edgel est incapable de prouver quelque chose.

La quatorzième, de George Barkmann, rentre dans les cas précédents. Douleur abdominale et tympanite symptomatique d'une tumeur stercorale ; sels neutres, essence de térébenthine décidant des évacuations rapides et abondantes, guérison subite.

Quatre observations dues au docteur Isaac Johnson, pour ne pas mériter d'être placées, par la nature des cas, à côté de celles que nous venons de passer en revue, n'en sont pas pour cela plus susceptibles de figurer parmi des péritonites puerpérales ; il n'y est question, comme signe peu important, que de l'extrême sensibilité du ventre et de son gonflement ; les malades ont été rétablies, soit par l'essence de térébenthine purgative, soit, il est vrai, sans cette circonstance ; mais alors la maladie n'est rien moins que caractérisée. Dans d'autres cas, le traitement se compose de l'essence de térébenthine, puis de calomel, de frictions mercurielles, de juleps camphrés, de vésicatoires sur l'abdomen, de lavements laudanisés, etc., de sorte qu'une conclusion quelconque est interdite à un esprit tant soit peu rigoureux, et par la nature équivoque de la maladie, et par la variété des moyens énergiques et réputés concurremment mis en usage. Enfin, nous ne citerons plus qu'une observation du docteur Waden. Nous sommes fort disposé à admettre que, dans ce cas, il s'agissait bien d'une péritonite et peut-être d'une phlébite utérine. La guérison paraît due à la térébenthine, qui a donné lieu à des effets d'autant meilleurs qu'elle a mieux purgé et qu'elle a été associée à des purgatifs communs.

Maintenant, il est de notre devoir de communiquer quelques documents qu'on a considérés comme capables d'imprimer aux faits précédents un peu de l'autorité et du crédit dont ils ont tant besoin.

John Douglas, qui exerce la médecine à Dublin dans un des plus grands hôpitaux de l'Europe, s'exprime ainsi dans une lettre écrite à Brenan : « J'ai présents à ma mémoire différents cas dans lesquels j'ai administré l'essence de térébenthine avec les résultats les plus satisfaisants ; je puis même positivement assurer que je ne l'ai jamais ordonnée à aucun malade qui n'ait recouvré la santé par suite de son administration. Si quelqu'un supposait que mes sens ont pu me tromper, je le renverrais au témoignage de personnes, dont quelques-unes seraient en état de certifier, comme moi, à quel médicament elles doivent leur guérison. » Ces vagues attestations sont sans poids dans la question toute spéciale qui nous occupe ; car, qui nous dit que les faits d'où elles sortent ne sont pas frappés de nullité comme la plupart de ceux que nous avons mis sous les yeux des lecteurs ?

Le même praticien, faisant 7 ans après un rapport sur la fièvre puerpérale, parle ainsi : « J'ai vu souvent l'application externe de l'essence de térébenthine sans son usage interne, ou sans le secours des saignées, être entièrement efficace dans le traitement de la péritonite puerpérale. » Plus loin, il ajoute : « Je penserais être injuste envers la société, si je n'affirmais positivement que je considère l'essence de térébenthine, *quand elle est judicieusement administrée,* comme le remède *le plus généralement* convenable et le plus efficace de tous ceux qui ont été proposés jusqu'à présent. Je puis assurer que j'ai vu des femmes recouvrer évidemment leur santé par son influence dans des cas presque désespérés, et après avoir perdu *certainement* tout espoir de les guérir par le traitement ordinaire. » Douglas dit encore qu'elle peut être employée dans toutes les variétés de cette maladie, et qu'il a observé quelquefois que, 15 à 20 minutes après son *administration externe*, elle a produit le plus grand soulagement sans donner lieu à des évacuations alvines.

Le docteur Kinneir s'exprime ainsi : « D'après mon opinion et celle de quelques-uns de mes amis, l'essence de térébenthine est le plus précieux médicament dont on ait usé jus-

qu'ici dans la péritonite puerpérale. » Un autre praticien anglais, après l'avoir employée, vu les insuccès de toutes les autres médications et la fatalité de toutes les terminaisons, déclare que la découverte de Brenan est une des plus importantes de la médecine moderne. En mars 1825, à l'est de Londres, non loin de la rivière dite *Farre*, régna une épidémie très-meurtrière de péritonite puerpérale. Un praticien perdit 7 malades, un autre 4, et un troisième 11 sur 13. Il n'y eut que deux femmes sauvées par l'essence de térébenthine et sans l'emploi des saignées (*The London med. and surg. journ.*, vol. III, pag. 29). Nous nous abstenons de l'allégation d'une foule d'autres témoignages avantageux à l'usage du remède que nous étudions. Deux médecins seulement, Joseph Clarke et Hamilton, ont déposé contre les éloges exagérés qui lui ont été accordés.

Les faits énoncés plus haut forment, pour nous, trois catégories bien distinctes : la première renferme les cas, sinon incontestables et acquis à la thérapeutique, au moins douteux et assez frappants pour qu'il ne soit pas déplacé de s'y arrêter; la seconde se compose des observations qu'on peut et qu'il faut admettre, sauf à les interpréter autrement que ne l'ont fait ceux qui les ont publiées ; dans la troisième, on est forcé de reléguer ceux qui ne prouvent rien pour vouloir trop prouver, et ceux dont il est impossible de tirer la moindre conclusion à cause du défaut absolu de caractères et de détails.

Les premiers sont au nombre de quatre : trois d'entre eux sont bien remarquables, et parmi ceux-ci, deux surtout cités par Brenan, et observés pendant l'épidémie si meurtrière de 1812. Raisonnons dans l'hypothèse que le docteur anglais avait réellement affaire à des péritonites puerpérales, avec suffusion purulente dans la cavité du ventre.

L'issue toujours funeste de la maladie et son caractère épidémique nous donnent le droit de le supposer. Que voyons-nous ? de malheureuses femmes arrivées au dernier degré de l'infection purulente, dont le ventre plein de pus devient tout à coup indolent, flasque, et qui succombent peu de temps après qu'on leur a administré l'essence de térébenthine... On a vu que Macobe rapporte un fait semblable. Dans le premier, cité par Brenan, la malade crache du pus et meurt en même temps que son ventre s'affaisse.... Ou bien, c'est là le mode de terminaison de la péritonite puerpérale, ou bien la térébenthine a eu part dans cette issue proptement fatale. La première opinion est bien vraisemblable, car c'est assez souvent de cette manière que finissent les victimes de la péritonite puerpérale épidémique. Aux approches de la mort, les vaisseaux absorbants entrent dans une activité funeste, et, par cette voie, les flots de pus accumulés dans le péritoine passent rapidement dans le système circulatoire, comme cela a eu lieu dans les mêmes circonstances pour la sérosité épanchée dans les cavités sans ouverture. Les malades mourraient empoisonnées et typhiques, si cette résorption en masse n'était pas déjà le signal d'une mort prochaine. Faut-il, au contraire, attribuer ces effets à l'action de l'essence de térébenthine ? Faut-il, guidé par l'analogie, penser que dans ces maladies où la diathèse pyogénique est si prononcée, qu'à peine la fluxion inflammatoire s'est-elle portée sur un tissu, celui-ci exhale une quantité disproportionnée de pus, et que les membranes séreuses en particulier deviennent le siége d'une sorte de *catarrhe purulent?* Faut-il penser que, dans ces cas, l'essence de térébenthine jouit d'une action semblable à celle que nous l'avons vue manifester dans les flux pathologiques des membranes muqueuses, et qu'elle supprime les premiers comme ceux-ci ? qu'elle corrige cette disposition à exhaler du pus sous l'influence du moindre stimulant phlegmasique, disposition qui forme un des caractères les plus remarquables des fièvres puerpérales?..... Les faits que nous discutons n'encouragent guère à se fier à cette explication analogique; car, après tout, les malades sont mortes ; et puis, avec ce raisonnement, pourquoi la résorption rapide des produits morbides ? Nous n'avons jamais rien rencontré de pareil dans nos observations sur les flux catarrheux proprement dits. La membrane muqueuse cesse d'exhaler anormalement..... ; elle se sèche, mais ne résorbe pas ses produits..... Peut-on concevoir que des faits aussi contraires à une opinion aient été publiés pour la soutenir? Quel cas ferons-nous de la cinquième observation, la quatrième de cette catégorie? aucun, parce que, indépendamment de ce que sa nature de péritonite puerpérale n'est rien moins qu'établie, elle reste seule, et, qu'ainsi, équivoque et isolée, elle ne mérite la confiance de personne. Nous savons trop la difficulté et même l'impossibilité où sont les médecins anglais de faire des autopsies, pour leur reprocher une négligence qui, réparée, eût levé tous nos doutes sur l'exactitude de leur diagnostic. Ainsi donc, voilà les seules observations un peu sérieuses réduites à ne rien prouver en faveur du traitement si pompeusement loué.

Quant aux faits de la seconde catégorie, nous les prenons pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire comme nous l'avons indiqué à propos de chacun d'eux, pour des cas semblables à ceux que nous avons si souvent traités à l'Hôtel-Dieu par des purgatifs énergiques plusieurs fois répétés. Ce sont des constipations, des engouements stercoraux du cœcum ou de la portion sigmoïde du colon, qui s'accompa-

gnent de douleurs vives, de gonflement du ventre, de rénitence dans une des régions inguinales, et peuvent, si on n'en débarrasse promptement les nouvelles accouchées, amener des entérites phlegmoneuses, des abcès dans le tissu cellulaire, qui unit aux deux fosses iliaques les deux portions d'intestin que nous avons nommées, et même causer des péritonites partielles, rarement générales. Aussi, voit-on que, dans tous les cas de prétendue péritonite puerpérale que nous avons assimilée à cette maladie, les femmes sont soulagées en raison directe de la rapidité et de l'abondance des évacuations alvines provoquées par de fortes doses d'essence de térébenthine et de divers purgatifs qu'on lui associait. L'auteur de la quatorzième observation, George Parhman, nous dit en effet : « Je ne sais pourquoi, dans des cas semblables, un purgatif prompt est de beaucoup préférable à un autre... » La réponse est aisée à faire. Il est aussi curieux de remarquer que toutes les femmes qui font le sujet de ces observations étaient habituellement constipées, ce qui, d'après nos propres recherches, est une des conditions prédisposantes les plus favorables au développement de l'état morbide en question. Chez presque toutes encore, on note des récidives, et l'on ne vient à bout d'une cure définitive qu'en insistant à plusieurs reprises sur la médication purgative par la térébenthine à dose capable de produire cette action ou par d'autres cathartiques. Rien de plus conforme à ce que nous voyons tous les jours. Reste à interpréter le dernier cas, celui qui, de tous, nous a semblé le plus authentique quant à la nature de la maladie. Nous accordons l'exactitude du diagnostic; c'est une vraie péritonite puerpérale, soit. Mais faisons attention que l'essence de térébenthine a agi en purgeant; et pour qui est-ce une chose nouvelle que l'utilité de la médication purgative dans ces cas, surtout lorsque, comme dans celui-ci, la maladie n'est pas épidémique? Or, s'il en est ainsi de ce cas, on ne peut plus le citer à l'appui d'une action spécifique de l'essence de térébenthine (Voir sur ce point de thérapeutique un article clinique de l'un de nous. (*Journ des conn. méd. chirurg.*, juillet 1835, pag. 22 et suiv.).

Nous avons suffisamment apprécié les faits de la troisième catégorie, en disant plus haut qu'ils sont vides des plus simples détails capables de les caractériser, et que, de plus, le nombre des moyens énergiques concurremment employés avec l'essence de térébenthine ne permet pas de démêler la part que les uns et les autres ont pu prendre à la guérison.

La vertu si exaltée par Douglas de l'application sur le ventre de l'essence de térébenthine prouve-t-elle une action spécifique de cette substance dans la grande maladie qui nous occupe? Nullement, car l'emploi avantageux qui a été souvent fait dans ce cas d'un large vésicatoire sur l'abdomen, alors que, la période inflammatoire terminée, on veut agir contre l'épanchement comme dans la pleurésie, fait assez voir qu'un épispastique aussi énergique que l'huile essentielle de térébenthine promet les mêmes résultats qu'un vésicatoire ordinaire.

La longue discussion à laquelle nous venons de nous livrer, et les conclusions négatives qu'elle nous force d'adopter, donnent là mesure du crédit à accorder aux déclarations, aux témoignages spécieux, à la relation des succès inouïs publiés par les médecins anglais, et que nous avons dû, pour être juste, consigner dans cet article. Nous nous sommes ainsi étendu, parce que nous croyons qu'il n'est pas moins important de relever les erreurs que de signaler les vérités et les pratiques utiles. Quel tort n'est-ce pas faire à la thérapeutique que de se contenter, comme cela se pratique dans certains ouvrages, de placer aveuglément à la file les uns des autres tous ces témoignages, sans plus les peser et les épurer que s'il s'agissait d'un vain détail de botanique? De pareils livres devraient avoir la discrétion de ne prendre que le titre de *matière médicale*, sans prétendre à celui de *thérapeutique*.

On a aussi vanté le sous-carbonate de potasse à l'intérieur, depuis 12 jusqu'à 24 grains.

Les sudorifiques ne sont pas en général utiles, si ce n'est dans les cas où la péritonite reconnaît pour cause la brusque interruption de la transpiration cutanée. Dans ces cas, on peut employer avec avantage l'administration de vapeurs simples ou plus ou moins aromatiques.

L'ipécacuanha, spécialement employé chez les femmes récemment accouchées, par Doucet, aurait été, selon ce médecin, d'un emploi fort utile; mais, dans les observations qu'il rapporte, le diagnostic n'est pas rigoureux, et on pourrait douter que dans toutes il y eût péritonite.

Les purgatifs ne doivent être mis en usage que si la constipation est opiniâtre. Les révulsifs cutanés doivent être proscrits, tant que l'inflammation est à l'état aigu.

La compression des parois abdominales, proposée comme moyen accessoire ou unique, compte quelques succès.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. La présence 1° d'un liquide peu ou très-abondant, tantôt simplement limpide comme dans l'ascite, tantôt trouble, floconneux et d'un gris sale, quelquefois ayant la consistance d'une purée grisâtre ou noirâtre assez semblable aux matières fécales très-délayées, d'autres fois constitué par du sang ou par du pus ; 2° de pseudo-membranes très-épaisses, rouges, grisâtres ou noirâtres

adhérant entre elles et avec le paquet intestinal, pouvant constituer des tumeurs volumineuses souvent appréciables à travers les parois abdominales, tumeurs au milieu desquelles sont des masses tuberculeuses ou cancéreuses, ou circonscrivant des collections purulentes, telles sont les lésions anatomiques qui caractérisent la péritonite chronique.

Causes. Ce sont les mêmes que celles de la péritonite aiguë à laquelle elle succède souvent. La péritonite primitivement chronique arrive souvent sans causes connues. Au nombre des causes prédisposantes, il faut ranger l'existence des tubercules dans les poumons,

Symptômes. Si la maladie est consécutive à la phlegmasie aiguë, les différents symptômes de celle-ci persistent en s'amendant; mais le marasme, et la fièvre hectique surviennent, et les malades finissent presque toujours par mourir.

Quand elle est primitive, elle offre à l'examen:

1° La douleur : elle est tantôt vive dès le début, moins cependant que dans la péritonite aiguë; elle s'exaspère, puis diminue progressivement; souvent sourde, elle n'est rendue sensible que par la pression; elle augmente par les mouvements du malade; dans certains cas, elle est si légère, qu'à peine si la pression et les mouvements la développent; mais elle s'exaspère par intervalles. Au reste, elle peut être générale ou partielle, et persister longtemps comme symptôme unique.

2° L'état du ventre. Le plus souvent il est augmenté de volume et contraste avec l'amaigrissement du reste du corps. Par le palper, on sent une résistance en rapport avec les altérations du péritoine; ainsi, si le liquide est abondant, que les pseudo-membranes manquent ou soient masquées par le liquide, la fluctuation sera facilement sentie; dans quelques cas, le ventre est peu développé, mais il est tendu, et les parois amincies permettent de sentir les anses intestinales; si les produits morbides sont peu abondants, la souplesse du ventre est conservée; enfin, on peut percevoir diverses tumeurs dues aux fausses membranes ou à des collections purulentes, dont le siége peut induire en erreur sur le diagnostic, et faire croire à une maladie du foie, de la rate; au cancer de l'estomac, etc. Ces tumeurs peuvent gêner les organes abdominaux, les déplacer même; ainsi, on a vu le lobe droit du foie repoussé du côté de la poitrine par un mouvement de bascule qui projetait en avant le lobe gauche et simulait son hypertrophie; on a vu l'estomac comprimé, et des vomissements et la dyspepsie survenir; on a vu l'ictère produit par la compression des canaux biliaires, une constipation invincible née de l'affaissement du rectum, l'étranglement interne et ses symptômes. Dans certains cas, ces tumeurs formées très-rapidement, surtout après l'accouchement, ont déterminé la fièvre hectique et la mort.

3° La digestion. Les vomissements se montrent assez souvent et peuvent même être le symptôme prédominant; ils peuvent être sans cesse répétés, ou seulement par intervalles, et être produits par l'indigestion, la fatigue. La digestion plus ou moins troublée l'est souvent d'une manière toute mécanique.

4° La respiration. Cette fonction n'est troublée que dans les cas de complication; la plus fréquente est celle qui résulte des tubercules pulmonaires.

5° La circulation. Rarement la fièvre manque. Le pouls est accéléré, surtout le soir, la peau chaude. Dans certains cas, la fièvre est continue vers la fin de la maladie, les membres s'infiltrent, soit par sympathie, soit mécaniquement.

Terminaison. Très-rarement la guérison a lieu, surtout quand la maladie est primitivement chronique. La mort peut, au reste, être le résultat, soit d'un dépérissement progressif, soit d'un retour à l'état aigu, ou enfin de complications intestinales ou pulmonaires. Dans quelques cas, enfin, l'épanchement se fait issue au dehors, ce qui n'empêche pas une terminaison funeste.

Traitement. C'est celui de toutes les phlegmasies chroniques. Si le malade n'est pas trop débilité, quelques sangsues de temps en temps, des révulsifs cutanés, des bains excitants, salins ou sulfureux, des frictions mercurielles avec l'iodure de mercure, des boissons douces ou toniques, des diurétiques, tels sont les moyens le plus généralement employés.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

DE L'ASCITE.

L'ascite est l'hydropisie du bas-ventre.

Caractères anatomiques. Cette maladie consiste dans une sécrétion et une accumulation anormales de sérosité dans la cavité du péritoine. La quantité du liquide sécrété varie depuis quelques onces jusqu'à un nombre plus ou moins considérable de litres. Le liquide est transparent, incolore comme de l'eau, ou bien il est légèrement teint en jaune ou en vert. Si l'hydropisie a duré longtemps, les organes contenus dans l'abdomen offrent à leur surface une blancheur insolite, qui leur donne l'apparence d'avoir été lavés par le liquide qui les baigne de toute part. Dans quelques cas, le tissu du foie, de la rate, des intestins, etc., est lui-même décoloré et semble pour ainsi dire macéré (Bouillaud).

Quand l'épanchement de sérosité est considérable, en même temps qu'il distend les parois antérieures et latérales de la cavité abdominale, il exerce une compression plus ou moins considérable sur les divers organes qu'elle renferme, refoule les intestins vers le dia-

phragme, et s'oppose, par ce refoulement, au libre développement des mouvements d'inspiration. Dans quelques cas, cette compression a pour résultat d'atrophier sensiblement les viscères abdominaux.

Causes. Nous empruntons le passage suivant à M. Bouillaud :

« L'ascite étant l'effet d'un état anormal des fonctions du péritoine, c'est-à-dire de l'exhalation ou de l'absorption dont cette membrane est le siége; et cette double fonction exigeant, pour son accomplissement normal, l'absence de toute lésion, non-seulement dans ses organes immédiats, mais encore dans le système artériel et veineux de la cavité abdominale, il est évident que l'on ne peut concevoir la production de l'ascite sans l'existence d'une lésion quelconque, soit dans les seconds, soit dans les premiers. Mais comme les organes immédiats de l'absorption sont trop déliés pour que nous ayons pu jusqu'ici constater par l'observation les lésions dont ils sont susceptibles, nous ne les admettons que par induction. Il n'en est pas de même de certaines lésions du système vasculaire abdominal. En effet, dans beaucoup de cas, l'observation a démontré des ulcérations de ce système. C'est ainsi, par exemple, qu'on a vu assez fréquemment le tronc de la veine-porte ou ses divisions, comprimés, oblitérés. J'ai fait voir, dans le travail que j'ai publié il y a quelques années, l'influence des obstacles à la circulation de la veine-porte dans le développement de certaines ascites, dites *passives*. Les hydropisies abdominales produites par la gêne ou la suspension presque complète du cours du sang dans le système de la veine-porte sont celles dont le mécanisme nous paraît aujourd'hui le plus simple. Ce sont celles que les anciens médecins et les anatomo-pathologistes qui nous ont précédés attribuaient vaguement, les premiers, à l'obstruction, les seconds aux lésions organiques des viscères abdominaux. Depuis qu'il a été démontré que ces obstructions, ces lésions organiques n'étaient, en dernière analyse, qu'un obstacle direct ou indirect au cours du sang veineux du système de la veine-porte, on n'a pas eu de peine à comprendre pourquoi, de tous les viscères abdominaux, celui dont les lésions coïncidaient le plus fréquemment avec l'ascite était le foie, c'est-à-dire l'organe que traversent, avant de se décharger dans la veine cave, les branches du tronc veineux par où se rend la majeure partie, si non la totalité de la sérosité absorbée à la surface de la vaste membrane qui revêt les viscères abdominaux et la cavité qui les contient. L'accumulation de la sérosité dans l'intérieur de la cavité abdominale aura également lieu, soit que l'obstacle existe dans le tronc même de la veine porte, soit qu'il siége dans le foie, soit enfin qu'il occupe les principales branches qui concourent à la formation du tronc de la veine-porte abdominale. On conçoit aussi, mais l'observation n'a point encore confirmé cette conjecture, on conçoit, dis-je, que l'obstacle à l'absorption de la sérosité abdominale pourrait exister dans les radicules veineuses elles-mêmes, qui, à la manière d'une éponge, aspirent immédiatement le liquide avec lequel elles sont en contact.

« Ajoutez que l'obstacle mécanique dont l'ascite peut être l'effet n'existe pas toujours dans le système de la veine-porte; c'est ainsi, par exemple, que cette maladie peut être consécutive à un obstacle au cours du sang, soit dans les cavités du cœur, soit dans les poumons. Mais alors l'ascite coïncide avec d'autres hydropisies, l'anasarque, l'hydrothorax, etc. L'obstacle existant, dans ces cas, au confluent de tous les systèmes veineux, il est tout simple que ses effets se manifestent dans tous les points où s'opère l'absorption.

Quoi qu'il en soit, tous les cas d'ascite ne se rangent pas dans la catégorie de ceux que nous venons d'examiner. En effet, il est des ascites qui paraissent provenir, non d'un obstacle à l'absorption et au cours de la sérosité, mais bien d'une augmentation de la sécrétion normale dont le péritoine est le siége, d'une *hypercrinie* du péritoine, pour me servir d'une expression récemment créée par M. Andral. Désignée par plusieurs auteurs sous le nom d'*active*, par opposition à la précédente qui était connue sous le nom de *passive*, cette espèce d'ascite correspond à une lésion du système sécréteur ou artériel du péritoine, dont nous ne connaissons rien autre chose, sinon qu'elle se rapproche beaucoup de celle qui a lieu dans la péritonite proprement dite, mais qui n'est pas absolument la même, puisque l'épanchement qui a lieu dans un cas diffère notablement de celui qui a lieu dans l'autre cas. L'ascite active, l'*hypercrinie* du péritoine, suppose donc une congestion sanguine artérielle; il reste à déterminer sous quelle influence s'opère cette congestion. Cette détermination est loin d'être toujours facile; il me semble néanmoins que l'on pourrait rapporter la congestion ou hypercrinie active du péritoine à deux causes principales : 1° Elle peut être le résultat d'un obstacle à la circulation artérielle dans des parties du corps plus ou moins éloignées du péritoine. Supposons, par exemple, qu'un froid subit vienne à s'emparer de tout l'extérieur du corps, la contraction de la peau et du système capillaire qui lui est destiné ne permettant pas au sang d'y aborder en aussi grande quantité que dans l'état normal, il doit en résulter une congestion plus ou moins considérable, au sein des organes intérieurs et de leurs systèmes capillaires. Le système

artériel abdominal est un de ceux où la congestion peut s'opérer; aussi remarquez bien que c'est précisément dans le cas que je viens de supposer, ou dans des cas de la même espèce, que l'on voit souvent se manifester l'ascite dite active. 2° Dans le cas que nous venons d'examiner, la cause de la congestion artérielle du péritoine existe hors de cette membrane elle-même; mais il en est d'autres où la cause existe dans le péritoine : ce sont ceux où le sang est attiré par une irritation dont cette membrane est le siége; c'est à la congestion séreuse qui résulte de cette irritation que convient surtout le nom d'*active*, d'*aiguë*, de *sthénique*, qui a été donné vaguement à toutes les hydropisies que l'on croyait ne pouvoir ranger parmi celles dites passives. C'est là cette espèce d'irritation que plusieurs auteurs, depuis Dupuytren et Marandel, ont désignée sous le nom d'irritation sécrétoire, et qui, de l'aveu de tous les pathologistes, se rapproche beaucoup de l'inflammation proprement dite.

« Ce qui vient d'être dit du mécanisme de l'ascite active est fondé sur l'observation. On a pu voir que ce mécanisme est diamétralement opposé à celui suivant lequel s'opère l'ascite passive. Il fallait bien qu'il en fût ainsi, et, puisque l'ascite passive était le produit d'un obstacle à l'absorption ou au cours de la sérosité, la raison, devançant l'observation, nous indiquait que l'ascite active ne pouvait être que le résultat d'un accroissement de l'action sécrétoire du péritoine, et, partant, d'un afflux anormal du sang dans les capillaires artériels de cette membrane, lesquels contiennent les matériaux de la sécrétion qui s'y exerce. » (Dictionn. en 15 vol., tom. III.)

Les causes de l'ascite sont variées et nombreuses. Elles sont 1° de nature irritante. L'ascite que l'on voit survenir chez les jeunes gens ou les adultes d'une forte constitution pléthorique, soit après de violents accès de colère, soit après l'ingestion de boissons froides, après l'impression d'un froid vif à la surface du corps pendant la transpiration, celle qui survient après la suppression d'un exanthème, d'une hémorragie, d'un exutoire, celles qui succèdent à une excitation directe portée sur les organes abdominaux, celles qui suivent assez souvent les accès de fièvre intermittente, toutes celles-là, disons-nous, nous paraissent être sous l'influence de causes de nature irritante.

2° De nature asthénique. Ainsi sont les ascites qui se montrent chez les personnes affaiblies par de longues maladies scorbutiques ou cancéreuses, par des hémorragies répétées, ou par de trop fortes évacuations sanguines, par de profonds chagrins, par la misère et les privations, par l'habitation dans des lieux bas, humides, privés d'air et de soleil. Chez ces personnes, le sang est réellement appauvri.

3° De nature mécanique, par engorgement du système veineux abdominal ou empêchement à la circulation; c'est ce que nous avons vu dans le passage cité de M. Bouillaud.

4° L'ascite reconnaît aussi pour cause, dans certains cas, une altération spéciale du rein, maladie qu'accompagne l'état albumineux des urines, et sur laquelle le docteur Bright a appelé l'attention.

5° Enfin l'ascite se produit quelquefois sans cause appréciable.

Symptômes locaux. L'abdomen est d'autant plus volumineux que la quantité de sérosité épanchée dans la cavité du péritoine est plus abondante. Cette augmentation de volume de l'abdomen est progressive et commence toujours par la partie inférieure, à moins que des adhérences ou quelque disposition anormale de cette cavité n'existent. Dans les cas d'épanchement énorme, les parois de l'abdomen, distendues supérieurement comme ailleurs, semblent en quelque sorte se détacher et s'avancer au-devant de la partie inférieure de la poitrine. Alors les parois sont amincies et presque transparentes. Des veines très-volumineuses rampent quelquefois dans les parois de l'abdomen et y décrivent des sinuosités multipliées. Au reste, le point où la tension des parois abdominales est la plus forte varie nécessairement selon la position du malade, en raison de la tendance du liquide à se porter à la partie la plus déclive.

La percussion des parois abdominales dans les points correspondants à l'épanchement fait percevoir une résonnance particulière qui, selon M. Priory, tient le milieu entre celle que fournit la percussion du foie et celle qui résulte de la percussion de l'intestin grêle.

La main étant appliquée sur un point des parois abdominales, si on vient à percuter ces parois dans un point diamétralement opposé, on obtient une sensation de fluctuation. Ce procédé cependant ne donne lieu à une fluctuation bien évidente que dans les cas où le liquide est épanché en quantité considérable. Dans les épanchements peu abondants, il faut, pour obtenir la fluctuation, comme l'a indiqué M. Tarral, appliquer l'une des mains ou le doigt indicateur seul de cette main sur l'un des flancs ou sur la région iliaque, puis percuter légèrement, et à une petite distance de là, avec l'un des doigts de l'autre main.

La palpation, la pression, la percussion de l'abdomen n'excitent aucune douleur; la chaleur de cette cavité n'est point augmentée. Les malades ne se plaignent que d'éprouver la sensation d'un poids incommode dans le bas-ventre.

Par suite de l'action mécanique exercée par l'épanchement, il existe presque toujours des

troubles de la digestion et de la respiration; la sécrétion urinaire éprouve aussi quelques modifications; l'urine est, en effet, rare et sédimenteuse.

Marche. Quand l'ascite a une marche chronique, comme cela a lieu le plus ordinairement, les premiers indices de la maladie échappent au malade et au médecin, et ne se révèlent que par un sentiment de gêne. Les vêtements du malade deviennent étroits; l'urine diminue de quantité; si l'ascite est occasionnée par une maladie du cœur ou par atonie générale, il existe, le soir, aux malléoles, le matin aux paupières, un œdème, une bouffissure, qui disparaissent et reviennent à plusieurs reprises. La faiblesse du malade augmente à mesure que la quantité du liquide épanché s'accroît. Que l'ascite soit ou non accompagnée de fièvre, le malade devient apathique, nonchalant, impropre à tout travail. Mais, peu à peu, le liquide remplit le petit bassin et les flancs, il gagne jusqu'à l'ombilic. Le pouls devient petit, fréquent, précipité; la peau sèche, aride, comme terreuse. Le malade est dans un état d'anxiété provoquée par la crainte d'étouffer. L'abdomen devient douloureux, par suite de la compression de quelques-uns des viscères qu'il contient. Bientôt le ventre devient énorme, et le volume qu'il acquiert contraste avec l'amaigrissement, l'atrophie des autres parties, excepté dans les cas où il y a anasarque; il arrive quelquefois que, dans cet état d'extrême distension, il se forme, au niveau de la cicatrice ombilicale, une petite tumeur qui surmonte le reste du ventre, et qui résulte du déplissement, du renversement en dehors de la portion de peau qui concourt à cette cicatrice. Enfin, l'infiltration peut s'emparer des parois abdominales, et des taches peuvent y apparaître. Le pouls devient de plus en plus serré et petit, des lipothymies, de l'assoupissement surviennent, et la mort arrive, soit par asphyxie, soit par congestion cérébrale.

Si la maladie doit se terminer heureusement, le volume du ventre cesse de faire des progrès, le cours des urines se rétablit peu à peu, elles deviennent de jour en jour plus considérables, et surpassent en quantité les boissons ingérées. Enfin, le ventre s'affaisse, et toute trace d'ascite disparaît. Dans d'autres circonstances, la disparition de l'ascite est marquée par des urines abondantes, des vomissements, un flux diarrhéique ou par des sueurs abondantes. Dans d'autres cas plus rares, l'ascite disparaît tout à coup pour faire place à une autre hydropisie. C'est ainsi que j'ai vu l'ascite être remplacée par une hydropisie ventriculaire promptement mortelle. Enfin il peut se faire que l'évacuation du liquide ait lieu par rupture, soit au dehors, soit au dedans.

Diagnostic. On distinguera l'ascite de l'hydropisie enkystée, à ce que, dans celle-ci, la fluctuation est bien plus difficile à reconnaître; elle est bornée, circonscrite, ne s'obtient jamais dans les mêmes points, à moins que le kyste ne soit mobile, ce qui est fort rare. Les intestins sont du côté opposé à la tumeur, et n'occupent pas, comme dans l'ascite, les points les plus élevés de l'abdomen; le son enfin est plus mat, et la forme du ventre irrégulière, quelquefois bossuée.

Traitement. Attaquer la cause qui produit l'ascite est, dans la plupart des cas, extrêmement difficile. Pour combattre l'ascite elle-même, on établit différents mouvements fluxionnaires, des exutoires, on administre les diaphorétiques, les diurétiques, les purgatifs, l'iode, le mercure. L'opération de la paracenthèse n'est guère utile quand existent des maladies du cœur, du foie, des reins; elle peut réussir, au contraire, quand l'ascite est la suite d'une péritonite; mais, pour cela, il faut qu'elle soit pratiquée avant l'épuisement du malade. Un praticien hardi, M. L'Homme, de Château-Thierry, a proposé l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur de la cavité du péritoine. C'est au praticien prudent de juger si cette opération ne pourrait pas déterminer une péritonite promptement mortelle.

PNEUMATOSE DU PÉRITOINE.

Cette maladie est fort rare; je n'ai eu occasion de l'observer qu'une fois. Elle est caractérisée par le développement des parois abdominales et par leur extrême sonorité.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

PRODUITS ACCIDENTELS.

Des kystes séreux, souvent d'un énorme volume, et pouvant simuler l'ascite et l'hydropisie enkystée de l'ovaire, des kystes solides contenant une matière suifeuse, mêlée, dans quelques cas, à des touffes de poils ou à des débris de fœtus, ont été trouvés dans le péritoine.

On trouve aussi dans cette séreuse des tubercules, soit au sein des fausses membranes dans la péritonite, soit sous forme de granulations éparses dans le péritoine non enflammé. Le cancer et la mélanose peuvent aussi se développer dans le péritoine.

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DES APPAREILS DE SÉCRÉTION GLANDULAIRE.

MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

PHLEGMASIES.

La maladie la plus importante des glandes salivaires est l'inflammation de la glande

parotide, maladie désignée sous le nom de *parotide* et de *parotidite*.

DE LA PAROTIDITE.

Nous ne voulons parler ici que de l'inflammation franche de la parotide, et non de ces tumeurs sympathiques connues sous le nom de *parotides*, qui se développent quelquefois dans le cours des fièvres graves (Voyez, art. *Dothiénentérie*.)

Les enfants, et surtout ceux du sexe masculin, sont assez fréquemment affectés de parotidite, à l'époque du travail de la puberté. Bien rarement elle affecte deux fois le même individu; rarement aussi, elle survient après l'âge de 25 à 30 ans. Ordinairement, elle envahit successivement les deux parotides. Hamilton, Mongor, etc., ont publié des relations de parotidites aiguës épidémiques.

Elle reconnaît le plus ordinairement pour cause l'action du froid, spécialement celle du froid humide.

L'invasion de la maladie est annoncée par des frissons irréguliers, accompagnés de lassitudes spontanées dans les membres, suivis d'agitations, de fréquence dans le pouls et de chaleur à la peau. Bientôt une douleur fixe, profonde, incommode, se manifeste à la région parotidienne; la mastication devient difficile, laborieuse, et, quelquefois, absolument impossible. Bientôt, au-dessous de l'une, et quelquefois des deux oreilles, une tuméfaction plus ou moins considérable, ordinairement accompagnée de rougeur, de chaleur aux téguments, et d'une grande sensibilité à la pression, se développe graduellement. Si l'inflammation est considérable, le gonflement se propage aux glandes sous-maxillaires, aux amygdales, aux parois voisins du pharynx, et rend la déglutition excessivement difficile et douloureuse. Alors la tumeur est presque toujours d'un rouge foncé, tendue, et quelquefois si considérable, que lorsque les deux côtés sont atteints en même temps, le visage devient énorme. Le pouls est plein, dur, fréquent, la tête douloureuse, la soif vive, l'appétit nul, et le malade est plongé dans l'assoupissement. Il est des cas où le gonflement est plutôt œdémateux qu'inflammatoire, et dans lesquels la tumeur n'offre ni rougeur, ni résistance très-marquée, ni douleur vive, ni gêne dans les mouvements de la mâchoire. Les symptômes généraux sont aussi peu marqués.

La maladie se termine le plus fréquemment par la résolution. Cette heureuse terminaison est annoncée chez la plupart des sujets, vers le quatrième ou le cinquième jour de l'apparition de l'engorgement, par une transpiration abondante qui humecte la région parotidienne et les parties voisines du cou, des oreilles et de la tête. Dans quelques cas, c'est par une sueur générale, qui précède le ramollissement graduel de la tumeur, son affaissement et la diminution de la tension et de la sensibilité.

Si l'inflammation arrive à un très-haut degré, la terminaison par suppuration est à craindre. Cette fâcheuse terminaison est annoncée par la diminution dans la douleur, par l'élévation de la tumeur qui prend une teinte bleuâtre, devient plus molle à son centre, et qui présente de la fluctuation dans une étendue plus ou moins grande.

Mais, dans un assez grand nombre de cas, la parotidite se termine différemment. La tumeur s'affaisse brusquement, tous les symptômes d'irritation qui l'accompagnaient disparaissent presque instantanément, et presque aussitôt le testicule chez l'homme, les parties extérieures de la génération ou les glandes mammaires chez la femme s'engorgent. On a plusieurs fois observé aussi que l'engorgement du testicule peut disparaître et être suivi d'une parotidite nouvelle, laquelle est quelquefois déplacée encore par une seconde métastase.

Ordinairement, la parotidite n'est pas une maladie grave.

Cette maladie réclame un traitement antiphlogistique local proportionné en énergie à l'intensité de l'inflammation. Si la tumeur est très-développée, très-enflammée et très-douloureuse, on pratiquera une ou plusieurs saignées générales, on fera des applications de sangsues sur la tumeur elle-même, et on recouvrira leurs piqûres de cataplasmes émollients. En même temps, on prescrira la diète, des boissons délayantes, le repos, et l'on garantira le malade du froid et de l'humidité. Si l'inflammation est médiocre, on se contentera de prescrire des cataplasmes émollients, la diète, le repos et la chaleur.

Si la maladie se termine par suppuration, on fera l'ouverture de l'abcès d'après les règles indiquées par la chirurgie.

Dans les cas de métastase, on emploiera la médication antiphlogistique sur les parties nouvellement affectées, en même temps que l'on recouvrira la région parotidienne de cataplasmes sinapisés chauds, ou de vésicatoires, afin d'y rappeler la fluxion déplacée.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

Dans certains cas, sans qu'il y ait tuméfaction, ni douleur des glandes, ni stomatite, une salivation abondante se produit. Il y a véritablement un flux de salive qu'on ne sait à quoi rapporter. Cette salivation abondante est quelquefois occasionnée par un traitement mercuriel; mais il s'en faut que cette cause agisse toujours d'une manière aussi innocente, et des désordres plus ou moins graves de l'ap-

pareil buccal l'accompagnent fréquemment. Voici le tableau qu'en a tracé M. Cullerier :

DE LA SALIVATION MERCURIELLE.

Ce n'est point une simple augmentation de la sécrétion salivaire, et le liquide que rendent les malades n'est point de la salive seulement, mais un mélange de salive et des produits fournis par les follicules muqueux de toute la cavité buccale.

Le mercure, de quelque manière qu'il s'introduise dans l'économie, lorsqu'il est poussé à une certaine dose, variable suivant les dispositions individuelles et les circonstances environnantes, produit une série de phénomènes constants et qu'on peut appeler spécifiques, qu'on a fréquemment occasion d'observer chez les ouvriers qui le manient, et chez ceux qui sont soumis à son emploi thérapeutique.

La quantité de mercure employée influe peu sur la production de la salivation, mais bien seulement celle qui est absorbée, portée dans les voies circulatoires et retenue dans l'économie. Un demi-gros d'onguent mercuriel en frictions, deux pilules d'un grain suffisent pour déterminer ce résultat. L'observation montre que l'impression du froid sur la peau, en supprimant la transpiration, favorise particulièrement l'apparition de la stomatite mercurielle ; de même que, de deux malades usant de mercure en proportions égales, celui qui est affecté de constipation est pris de cette phlegmasie avant l'autre. Souvent on a vu, dans les deux siècles qui précèdent, les personnes chargées d'administrer les frictions saliver avant celles qui les recevaient. Ces deux conditions sont d'une grande importance, et doivent servir de guide dans la direction du traitement mercuriel, suivant qu'on a le dessein de produire ou d'éviter la salivation. En outre, on doit tenir compte de l'âge, du sexe, du tempérament et de la disposition individuelle de la peau.

Les phénomènes précurseurs de cette affection, lorsqu'elle n'arrive qu'à la longue, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire, sont un goût désagréable et comme cuivreux dans la bouche, accompagné d'un endolorissement de la membrane muqueuse qui revêt cette cavité, comme aussi des dents qui semblent molles et moins solidement fixées dans leurs alvéoles. Bientôt, lorsque surtout on continue l'usage du mercure, un gonflement rapide s'empare de toutes les gencives, de la face interne des joues, de la langue et du palais, qui deviennent chauds et douloureux, et qui, par leur augmentation de volume, reçoivent l'empreinte des dents avec lesquelles ils se trouvent en contact. La rougeur n'est pas considérable; il semble, au contraire, que les parties sont plus pâles qu'à l'ordinaire ; mais cet aspect tient à ce que la muqueuse est recouverte d'une exsudation blanchâtre au-dessous de laquelle elle se trouve d'un rouge assez vif. Les parties qui sont le plus tuméfiées et le plus exposées à la compression ne tardent pas à s'ulcérer, et les ulcères qu'on voit alors s'élargissent beaucoup et présentent une surface grisâtre, mollasse et fongueuse, d'où le sang s'écoule avec facilité. Tout le tissu cellulaire ambiant s'engorge à son tour, aussi bien que les ganglions lymphatiques auxquels se rendent les vaisseaux de cette région, et il n'est pas rare de voir les malades dans l'impossibilité absolue d'écarter les mâchoires et presque d'avaler, à raison de la tuméfaction générale qui peut rendre la suffocation imminente. La fétidité de l'haleine, qui se montre ordinairement dès le début de l'affection, devient alors extrême et presque caractéristique.

Mais le symptôme qui a dû fixer l'attention des observateurs, et qui a, en dépit de la raison, imposé son nom à tout le groupe d'accidents morbides, c'est le flux plus ou moins abondant de salive. Au début, la salive et les fluides sécrétés par l'appareil folliculaire de la bouche arrivent plus rapidement dans cette cavité, d'où le malade est obligé de les expulser par une sputation fréquente ; au bout de quelque temps, l'affluence du liquide augmente et devient telle, qu'on a vu des malades en rendre, dans vingt-quatre heures, l'énorme quantité de huit livres : et cela durait plusieurs jours. C'est ce que rapportent naïvement, et sans aucune réflexion, les auteurs contemporains de l'emploi exagéré du mercure.

Il y a longtemps qu'on n'a vu de faits semblables, au moins en grand nombre, et qu'on n'a pu, par conséquent, observer la salivation poussée à l'extrême; cependant quelques praticiens, il n'y a pas vingt ans, faisaient encore *saliver* les malades affectés de syphilis, c'est-à-dire qu'après avoir provoqué la stomatite mercurielle, ils l'entretenaient et l'accroissaient par de nouvelles doses de médicament. Il faut lire la description des accidents qui venaient en pareil cas : on y voit qu'aux symptômes locaux que nous avons décrits, et parmi lesquels il faut ranger encore l'extension considérable des ulcères, les escarres gangréneuses et la chute des dents, la nécrose des os maxillaires, le prolapsus de la langue qui sortait de la bouche, sans pouvoir y rentrer, de façon qu'on était obligé d'introduire une sonde dans l'œsophage pour nourrir les malades, se joignaient des phénomènes généraux bien faciles à supposer, savoir : une irritation plus ou moins considérable des voies digestives, et quelquefois d'autres phlegmasies; plus, une fièvre qui pouvait devenir très-intense, à raison de l'insomnie et de la douleur extrême à

laquelle étaient en proie de malheureux malades. L'amaigrissement qui s'ensuivait est facile à imaginer.

On ne saurait, sans l'avoir vu, se faire une exacte idée de cette affection, qui, même après sa guérison, laissait de longs et tristes souvenirs. En effet, malgré sa gravité, elle était rarement funeste ; peu à peu, les phénomènes morbides se mitigeaient, lorsqu'on cessait l'emploi du médicament qui en était la cause évidente et unique, et, après une durée de plusieurs semaines, la convalescence arrivait.

De nos jours, il est rare que la salivation atteigne ce degré de développement, parce que, dès qu'on la voit se manifester, on suspend l'emploi des préparations mercurielles, et qu'on tâche de prévenir les progrès du mal. Néanmoins, on voit des cas, où, en dépit de ces précautions, l'inflammation continue à marcher sans presque qu'on puisse l'enrayer, et nous avons vu des malades fort gravement affectés, malgré tous les soins qu'on avait pu prendre. Il est à peu près inutile de noircir encore le tableau des désordres produits sur la bouche par le mercure, pour détourner de l'emploi exagéré de ce remède, auquel on a renoncé aussi légèrement, au moins pour quelques praticiens, qu'on l'avait jadis adopté d'une manière exclusive et absolue.

N'est-il pas singulier qu'on ait songé à rapporter la salivation au virus vénérien fixé, comme on disait, sur les glandes salivaires (Fabre), lorsqu'on avait devant les yeux l'exemple de cette maladie chez des sujets exempts de toute syphilis, et qui se trouvaient habituellement exposés à une atmosphère mercurielle, lorsqu'enfin on ne voyait jamais survenir la salivation chez les vénériens non soumis au traitement mercuriel? Il n'est pourtant que trop vrai que cette opinion a longtemps dominé, et que les efforts du traitement eurent alors pour objet de déloger ce virus en provoquant et en entretenant un flux prolongé de la salive. Maintenant il n'est pas un médecin, peut-être, pour lequel la salivation mercurielle ne soit une maladie qu'on doit, autant que possible, prévenir à temps et guérir lorsqu'elle s'est développée.

Les moyens propres à prévenir la salivation sont les agents qui favorisent les excrétions alvines et la transpiration cutanée, et qui préviennent, par conséquent, l'accumulation du mercure dans l'économie. Il va sans dire que ces précautions ne sauraient avoir d'effet, si, en même temps qu'on y a recours, on emploie à dose exagérée les préparations mercurielles. C'est ce que n'ont pas compris les auteurs qui ont écrit sur cette matière, et qui ont voulu chercher, d'après les théories chimiques, la guérison ou la prophylaxie de la salivation mercurielle. Ainsi donc, administrer le mercure à doses modérées, quel que soit le mode d'administration qu'on ait choisi; ralentir ou suspendre son emploi dès qu'il se manifeste un goût cuivreux et une légère douleur des gencives, et qu'on y aperçoit un gonflement commençant ; enfin, tenir le malade dans des conditions telles que la transpiration cutanée soit habituellement un peu activée, et que la liberté du ventre soit complète, tels sont les principes que le praticien doit avoir constamment en vue, et dont nous n'avons pas la prétention de lui imposer les développements. L'expérience démontre l'inefficacité des combinaisons et additions par lesquelles on voulait ôter au mercure ses propriétés nuisibles. Le camphre, l'ammoniaque, le soufre, les sulfures, les chlorures, etc., sont absolument inefficaces, quoi qu'en aient pu dire les inventeurs de remèdes.

Lorsqu'on est appelé à combattre une salivation accidentellement développée, il faut se souvenir d'abord qu'il est impossible de guérir tout d'un coup cette affection, pour peu qu'elle est d'intensité ; ensuite que, quant à présent, au moins, il n'existe aucun moyen direct de neutraliser le mercure, comme on l'avait autrefois prétendu. Il faut donc se conduire dans ce cas, précisément comme on le fait dans les empoisonnements contre lesquels il n'y a pas d'antidote certain, c'est-à-dire faire judicieusement la médecine du symptôme. Supposons la maladie portée à son plus haut degré de gravité, et accompagnée d'une violente réaction; à coup sûr le premier moyen à employer, c'est la saignée, tant générale que locale, qui n'a pas été recommandée autant qu'elle mérite de l'être, et qui amène un soulagement notable et immédiat, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de le constater. Il est souvent utile d'appliquer les sangsues directement sur les parties enflammées. Après la saignée, dans les cas graves, et tout d'abord, lorsqu'on n'a pas à traiter une salivation des plus inflammatoires, se présentent les adoucissants tant directs qu'indirects, savoir : les gargarismes et les collutoires émollients avec le lait, les décoctions de guimauve, auxquels on peut joindre quelques narcotiques, les figues grasses, la pâte de guimauve ou de jujubes placée entre les dents et les joues; les vapeurs émollientes dirigées dans la bouche, puis les cataplasmes du même genre appliqués au-dessus de la mâchoire et sur les côtés du visage, et fréquemment renouvelés. Les topiques réfrigérants ont paru aussi avoir des effets favorables en pareille occurrence.

En même temps, il est utile autant que rationnel de favoriser, par tous les moyens possibles, la sortie du *poison*, par toutes les voies d'exhalation et de sécrétion. Aussi n'est-ce point assez de favoriser la transpiration cutanée par le séjour au lit et par une tempé-

rature douce et uniforme, il faut l'activer davantage, et les boissons chaudes et abondantes rempliront, mieux que les sudorifiques proprement dits, cette indication à laquelle satisferont mieux encore les bains d'étuve sèche ou humide, dont l'action est si énergique et si prompte. On ne devra pas craindre d'insister sur cet ordre d'agents thérapeutiques.

Si la constipation est une des causes déterminantes les mieux connues de la salivation, les laxatifs et les purgatifs eux-mêmes doivent être comptés parmi les principaux auxiliaires de son traitement; et, ici, point de préférence motivée pour tel ou tel purgatif. Produisez des évacuations par une excitation douce, mais surtout continue, du canal intestinal : c'est ce qui est important. Du reste, employez les laxatifs à forte dose, ou les drastiques à doses fractionnées; le résultat légitime et l'emploi des moyens indiquent la mesure dans laquelle on doit se tenir. Mais rien ne saurait être prescrit à la lettre, dans cette maladie, pas plus que dans toute autre, et nous ne pourrions dire, comme quelques auteurs, si l'on doit donner un purgatif tous les deux, trois ou quatre jours.

Les révulsifs appliqués sur la peau peuvent être théoriquement conseillés; mais leurs effets ne sont pas à beaucoup près assez certains pour qu'on puisse risquer de recourir à ceux qui sont douloureux. Il sera donc utile de se borner aux bains de pieds simples ou animés avec la moutarde, la cendre, le sel, etc. Quant aux vésicatoires vantés par des auteurs qui ont peu pratiqué, ils seraient peu efficaces quand l'inflammation de la bouche est fort aiguë; et quand elle a beaucoup diminué, ils peuvent être considérés comme à peu près inutiles.

Nous n'avons à parler ici des médicaments divers qu'on a tour à tour conseillés comme exerçant sur le mercure une action chimique, que pour les blâmer tous comme inutiles, et plusieurs d'entre eux comme dangereux. On n'a pas de danger à craindre de l'or à l'état métallique, avec lequel le mercure devait, d'après la théorie, s'amalgamer promptement. Il en est de même, à peu près, du soufre sublimé réduit en pilules et administré à la dose d'un gros ou de deux gros par jour. Ce dernier médicament, au moins, a l'avantage d'agir comme un laxatif faible, et sous ce rapport il n'est pas complétement inutile. Mais les sulfures de chaux et de magnésie, l'acide sulfurique, l'acétate de plomb et autres substances analogues, non seulement ne jouissent d'aucune efficacité particulière, mais encore peuvent, lorsqu'ils sont administrés en trop fortes proportions, susciter des inflammations intestinales plus ou moins graves, et provoquer de véritables empoisonnements, loin de contribuer à la guérison.

L'opium et le camphre n'ont pas plus de puissance pour combattre la salivation qu'ils n'en ont pour la prévenir, malgré les assertions contraires d'observateurs prévenus. L'opium peut être utilement associé aux agents thérapeutiques que nous avons indiqués plus haut.

Les astringents en application locale ne sont nullement convenables dans l'état aigu de la maladie. Tout au plus, pourraient-ils trouver place dans le traitement rationnel, dans les cas où l'inflammation, soit primitivement, soit à la suite des moyens employés, a peu d'intensité. Encore ne serviront-ils qu'à accélérer un peu la terminaison favorable de la maladie, ce qui, d'ailleurs, n'est pas à dédaigner; mais, employés comme répercussifs, et dans l'intention d'empêcher le développement de l'inflammation, ils pourront avoir du succès, pourvu qu'ils soient mis en œuvre à temps et avec assez de persévérance, et pourvu aussi que l'on supprime assez tôt le mercure, cause première et évidente de tout le désordre; autrement, la salivation n'en aura pas moins lieu, et les astringents alors ne feraient qu'ajouter à l'irritation commencée.

C'est par cette action astringente et répercussive que peuvent être expliqués naturellement les bons effets de l'espèce de cautérisation superficielle, au moyen de l'acide hydrochlorique, que dans ces derniers temps on a voulu préconiser comme une sorte de spécifique. Si nous ajoutions quelque importance à une explication, nous ferions remarquer d'abord que, dans la plupart des traitements mercuriels exécutés de nos jours, le médicament est administré à trop faibles doses, et le médecin trop attentif aux résultats, pour qu'il ne suffise pas de le suspendre, sans employer même aucun autre moyen, pour faire disparaître les accidents; en second lieu, que les cautérisations superficielles pratiquées avec un caustique quelconque auraient le même succès : seulement, on devrait peut-être préférer le nitrate d'argent fondu qui est solide, et dont par conséquent on peut parfaitement borner l'action, aux acides et aux autres caustiques liquides qui s'étendent jusqu'aux dents, malgré les précautions qu'on peut prendre, et qui leur font subir des altérations plus ou moins graves, et cela, sans aucune nécessité. Cependant, nous sommes loin de rejeter l'emploi de l'acide hydrochlorique, que nous avons bien des fois, et depuis longtemps, employé avec succès.

La cautérisation superficielle, judicieusement pratiquée, offre une ressource précieuse pour garantir les ulcérations opiniâtres qui succèdent aux salivations prolongées. Ici, comme ailleurs, la cautérisation a pour objet de couvrir l'ulcère d'un appareil inamovible, qui le garantira de l'impression des

corps extérieurs, et de permettre à la cicatrice de s'établir solidement. Aussi, comprendra-t-on qu'il faut renouveler la cautérisation aussitôt que l'escarre est tombée ; de même que l'on replacerait sur un ulcère du bras le plumasseau de charpie ou le morceau de sparadrap destiné à le couvrir, s'il venait à se déplacer.

Il est rare que la salivation passe à l'état chronique; mais, en pareille circonstance, ce serait surtout sur le traitement local qu'il conviendrait d'insister, et que la cautérisation superficielle et réitérée trouverait une application des plus salutaires. C'est pour avoir méconnu cette vérité pratique, que certains médecins ont vu la salivation durer indéfiniment, et produire des accidents fâcheux qui sont presque sans exemple de nos jours.

Après avoir décrit la salivation mercurielle comme phénomène morbide, et après avoir indiqué les moyens de la prévenir et de la combattre, il nous reste à l'apprécier comme fait thérapeutique dans la syphilis, seule maladie où elle ait été considérée comme ayant une influence curative.

En effet, dès que le mercure fut administré à forte dose dans le traitement de la syphilis, la salivation dut être observée, et il était impossible que ce grave phénomène ne fixât pas l'attention. D'abord, et pendant longtemps, elle fut considérée comme une évacuation salutaire, comme la crise de la fièvre que suscitait le mercure, et comme entraînant le virus qui se fixait sur les glandes salivaires : mais les accidents très-fâcheux qui se manifestèrent si fréquemment, finirent par ouvrir les yeux des praticiens, qui commencèrent à se demander si ce n'était pas acheter bien cher une guérison d'ailleurs encore incertaine, que de soumettre les malades aux pénibles chances de la salivation. Les souffrances des malheureux exténués par le mercure furent représentées avec les couleurs les plus sombres, et c'est de cette époque même que date l'introduction des *sudorifiques* dans le traitement de la maladie vénérienne. Il paraît, d'ailleurs, par ce que nous avons vu nous-même, que le tableau pouvait n'être pas exagéré. D'un autre côté, on vit des malades chez lesquels le mercure n'avait pas produit de salivation, guérir néanmoins, et l'on essaya la méthode par extinction, comme on l'appelle, c'est-à-dire celle dans laquelle la salivation est considérée comme inutile et même comme nuisible et soigneusement évitée. Comme les guérisons ne furent ni moins nombreuses ni moins solides, et que la salivation avait laissé de tristes souvenirs, on accueillit avec empressement la nouvelle méthode qui a conservé son crédit jusqu'à nos jours.

Ce n'est pas, néanmoins, que des praticiens respectables n'aient employé et n'emploient quelquefois encore la salivation comme assurant le succès du traitement, dans les maladies syphilitiques graves et rebelles, ou comme moyen d'enrayer immédiatement les progrès de celles qui marchent avec trop de rapidité. Mais de l'examen attentif et du dépouillement de nombreuses observations, résulte pour nous cette opinion, que si, dans le premier cas, il est bon que le mercure porte aux gencives pour être assuré qu'il est absorbé et qu'il agit; et que, si, dans le second, la salivation rapidement provoquée peut être doublement salutaire, et par la révulsion, et par la médication spécifique, il est inutile et même nuisible de l'entretenir et de la prolonger : on doit, au contraire, et c'est ainsi que nous pratiquons habituellement, la combattre et continuer le traitement par extinction.

D'ailleurs nous avons envisagé la salivation sans prévention, et si nous la signalons comme inutile et comme nuisible en général, ce n'est pas du tout par la frayeur panique qu'elle nous aurait inspirée, comme elle l'inspire à beaucoup de personnes. En effet, cette affection accidentelle peut être maintenue dans des limites telles qu'elle soit supportable, et il faudrait avoir bien peu observé et bien mal lu, pour croire qu'elle amène toujours la carie des dents et des os maxillaires, ainsi que la gangrène des joues. Nous nous résumons donc en disant que, dans l'état actuel de la science et de la pratique, la salivation est regardée comme un accident du traitement mercuriel, même par les médecins qui admettent la spécificité du mercure; qu'elle peut avoir quelque utilité dans des cas particuliers et assez rares; qu'en tout cas elle ne doit pas être entretenue comme on le faisait jadis (Dictionnaire en 15 vol., tom. XIV).

Parmi les lésions de *nutrition*, le cancer peut affecter les glandes salivaires et surtout la parotide.

—

MALADIES DU PANCRÉAS.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

L'*hypérémie* simple du pancréas a été quelquefois constaté sur les cadavres.

PHLEGMASIES.

Pancréatite aiguë.

Les maladies du pancréas ont été peu étudiées. Il n'existait sur ce point de la science aucune monographie complète, avant que M. le docteur Mondière s'occupât de ses recherches pour servir à l'histoire pathologique des maladies du pancréas, mémoire qui a été couronné par la Société médicale d'émulation de Paris. Nous ferons de nombreux emprunts à ce travail, qui résume l'état de nos connaissances actuelles sur ce point de pathologie.

M. Mondière ne doute pas que l'inflamma-

tion aiguë de pancréas ne soit plus commune qu'on ne le croit généralement.

Cette maladie est idiopathique, ou la suite d'une phlegmasie de l'estomac, du duodénum ou du foie; d'autres fois, elle est le résultat sympathique de l'inflammation des glandes salivaires.

Dans les faits publiés jusqu'à ce jour, on a trouvé à l'autopsie le pancréas rouge et tuméfié, hypertrophié, induré, plus mou, plus vasculeux que dans l'état normal, plus consistant, laissant écouler après l'incision de sa substance, de nombreuses gouttelettes de sang. On a trouvé son canal excréteur très-dilaté.

Les symptômes qui traduisent cette affection sont la diarrhée, qui, composée d'abord d'un mélange de matières aqueuses et bilieuses, ressemble plus tard à la salive; douleur épigastrique, d'abord obtuse, puis pongitive et accompagnée de toux et d'orthopnée. Cette douleur est fixe, profonde, augmentant par la plénitude de l'estomac et par les fortes inspirations, empêchant quelquefois la maladie de se coucher sur le dos et sur un côté. Un état fébrile plus ou moins prononcé accompagne ces symptômes.

La pancréatite aiguë peut se terminer par résolution, par gangrène et par suppuration.

PANCRÉATITE CHRONIQUE.

D'après M. Mondière, l'inflammation chronique du pancréas a été souvent observée, soit comme terminaison de la pancréatite aiguë, soit qu'il s'établisse primitivement. Le professeur Heinecken, de Brême, dit avoir vu plusieurs fois, dans des cas de cette espèce, que chaque matin avait lieu un vomissement d'un liquide analogue à la salive et mêlé de mucosités. Immédiatement après, et même lorsque le vomissement manquait, survenait une évacuation d'une liqueur limpide, chaude, quelquefois acide, et qui ne s'arrêtait qu'après l'ingestion d'une boisson un peu chaude. Un autre symptôme peu constant encore était la constipation, qui ne cédait que quand le mal était déraciné. M. Mondière a observé pareils phénomènes chez un individu mort à l'âge de 42 ans, et qui, chaque matin, avait des vomissements semblables. Il lui a souvent répété, que le matin, aussitôt après son lever, il éprouvait au fond du gosier un chatouillement incommode qui le forçait de faire de violents efforts pour rejeter quelques mucosités et des *eaux* en assez grande abondance; qu'aussitôt après, il fumait pour chasser plus facilement ce qu'il appelait *sa pituite*, dont il rejetait alors par régurgitation, et sans beaucoup d'efforts, une pinte et plus; qu'après avoir fumé, il buvait un petit verre d'eau-de-vie qui semblait arrêter les vomissements, et que la gêne et l'embarras qu'il éprouvait à son réveil au creux de l'estomac disparaissaient en grande partie. Cet homme, dont la peau et les yeux ont constamment offert, dans les derniers temps de son existence, une teinte jaunâtre, a bien évidemment succombé à une altération chronique des organes situés dans la région épigastrique, et M. Mondière pense que, chez lui, le pancréas était l'organe le plus profondément affecté. Malheureusement, à l'époque où il l'observait, M. Mondière n'avait pas dirigé ses recherches sur les altérations de cet organe.

Voici une observation empruntée au journal d'Hufeland, avril 1822, bien propre à faire connaître les symptômes et la marche de la pancréatite aiguë.

Une villageoise, forte et bien portante jusqu'à l'époque de son mariage, avait eu, dans l'espace de six ans, cinq enfants et les avait perdus. Dans le mois de mars 1820, elle mit au monde un sixième enfant. Immédiatement après la délivrance, elle fut saisie d'une fièvre violente. Cette fièvre était encore assez forte dix semaines après les couches; la malade était pâle, émaciée, exténuée par des sueurs abondantes et une continuelle salivation, avec éructation d'une liqueur filante, jaunâtre, sans odeur ni saveur. La quantité de ce liquide sécrétée dans les vingt-quatre heures dépassait deux livres; la bouche et le gosier présentaient un aspect naturel; tantôt il y avait constipation, tantôt diarrhée, et les selles alors étaient semblables aux mucosités rendues par la bouche. Anorexie, grande soif qu'on ne parvenait à calmer qu'en humectant souvent la bouche, car la plus petite quantité de boisson occasionnait des spasmes de l'estomac. Le soir, exacerbation de la fièvre. En outre, douleurs pongitives et transitoires dans le côté gauche de la poitrine, toux sèche, fréquentes palpitations, syncopes au moindre mouvement. La malade éprouvait dans le dos des douleurs qui se propageaient jusque dans l'épaule et le bras droits; sentiment de pression à la région précordiale, et d'anxiété alternant avec les spasmes de l'estomac. Les urines déposaient un sédiment briqueté. Cet ensemble de symptômes fit juger au docteur Eyting que c'était dans le pancréas que siégeait la maladie, et non dans le poumon, comme l'avait pensé un médecin consulté avant lui. Ce n'est, en effet, qu'à l'altération du premier de ces organes qu'appartient l'évacuation d'un suc *salivaire* par le haut et par le bas, alternant avec la constipation. M. Eyting prescrivit la potion suivante, à prendre par cuillerées :

Acide muriatique oxygéné. . . . ℥j.
Mucil. gomm. arab. . . . . . ℥ij.
Aq. cinnam. (*sine vino*). . . . ℥v.
Tinct. Thebaïc. . . . . . . ℈ß.
Sacch. alb. q. suff. ad. grat. sap.

Au bout de huit jours, l'état de la maladie s'était déjà sensiblement amélioré; l'évacuation du liquide salivaire, les sueurs, ainsi que les éructations avaient un peu diminué. Le même remède fut continué en renforçant les doses; on y joignit des frictions avec le baume du Pérou dissous dans l'alcool, et en peu de temps disparurent la constipation, les sueurs, la salivation et la diarrhée. Enfin, les anodins et les toniques, surtout les martiaux, continués pendant trois mois, ramenèrent la malade à un état de santé qu'elle n'avait plus connu depuis son mariage. Elle vaquait aux soins de son ménage, et se trouvait, à la fin de sa septième grossesse, sans en être nullement fatiguée.

Dans un autre cas de pancréatite chronique, suite d'une tumeur rétro-péritonéale, produite elle-même par un squirrhe du testicule, M. Schmackpfeffer a pu confirmer son diagnostic par l'ouverture du corps. Cette phlegmasie s'était manifestée par une sialorrhée et par des selles très-abondantes; plus tard, par la constipation, et enfin par une tumeur dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva la tumeur rétro-péritonéale, et à la partie supérieure, le pancréas rouge, gonflé, ramolli à la consistance d'une éponge; son canal était très-dilaté, séparé de la tumeur rétro-péritonéale; il pesait sept onces. Les mêmes symptômes ont encore été notés par le docteur Jallat, dans un cas qui, mieux observé et mieux décrit, eût eu beaucoup d'intérêt.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

Nous nous bornerons à exposer ici les opinions émises par M. Mondière, dans le mémoire cité, opinions dont, néanmoins, nous n'acceptons pas toujours la solidarité.

La sécrétion pancréatique peut subir une augmentation considérable, et produire ces déjections abondantes auxquelles les auteurs donnaient le nom générique de *flux*, que M. Roche a tout récemment désignées par le nom générique d'*hyperdiacrisie*. C'est de cette sécrétion trop abondante que Portal faisait naître la plupart des diarrhées, Wedeking le flux cœliaque; et Dupuytren, guidé en cela par la salivation, avait pensé que le pancréas pouvait bien fournir la matière évacuée par les personnes affectées de choléra. N'est-ce point encore à un *flux* pancréatique qu'il faut rapporter les observations de ces individus cités par Marcellus Donatus et Poterius, qui rendaient en un jour, et sans douleur, plusieurs livres de sérosité? Tout nous porte à croire que cette opinion est fondée, et il nous semble même que l'expérience est déjà venue la confirmer. Citons des faits.

Huon-de-Maxey rapporte qu'en 1756, il donna ses soins à un jeune homme atteint d'une ascite qui avait éludé l'action d'un grand nombre de médicaments. Le malade ne voulant pas se laisser pratiquer la paracentèse, l'auteur lui conseilla l'usage fréquent de la pipe. La première dose de tabac qu'il fuma opéra l'effet qu'il produit ordinairement chez tous ceux qui n'y sont pas habitués, c'est-à-dire des nausées, des vomissements, une salivation abondante et une sorte d'ivresse. Dès ce moment, la respiration devint plus libre. Le troisième jour le malade commença à avoir une salivation si abondante, qu'à chaque pipe de tabac qu'il fumait, il salivait environ une chopine d'une eau très-claire. Cette salivation se soutint, dans la même vigueur, l'espace d'un mois, et pendant ce temps le ventre se vida presque entièrement; puis elle se tarit peu à peu, à proportion que les eaux se trouvaient épuisées par cette seule évacuation qui rétablit le malade dans sa santé primitive, en moins de deux mois et demi. Dupéron, Monro, Fabre, etc., ont vu des cas semblables.

Si, dans les observations que nous venons de citer, il n'est pas permis de douter que ce ne soient les glandes salivaires qui ont fourni ce liquide abondant dont l'évacuation a servi de crise à l'épanchement abdominal, nous pouvons aussi, sans trop forcer les lois de l'analogie, rapporter à une sécrétion pancréatique augmentée certaines évacuations abondantes qui ont jugé plusieurs hydropisies. Ainsi M. Perrier, médecin à Moulins, a recueilli l'observation d'un homme atteint d'anasarque, et qui n'en fut complétement débarrassé qu'après avoir eu des vomissements abondants et répétés d'une eau claire, onctueuse, d'un goût salé et désagréable. Les vomissements étaient ordinairement précédés d'anxiétés, et d'un sentiment de plénitude et de gonflement à l'épigastre. Ainsi, Faudacq, médecin à Dieppe, a vu survenir presque spontanément, chez un ascitique désespéré, des vomissements aqueux et des déjections alvines de même nature, qui, se soutenant pendant quelques jours, le débarrassèrent complétement de son hydropisie. Le même médecin avait déjà précédemment observé le même phénomène sur un soldat ascitique qui, après avoir été longtemps cahoté dans un mauvais chariot, fut pris de vomissements aqueux qui le guérirent complétement. On trouve encore deux cas analogues aux précédents dans l'ancien Journal de médecine.

Sans doute, il est difficile de donner une explication satisfaisante de ces faits; mais ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention des médecins, et il sera peut-être possible quelquefois de s'en servir dans la pratique, alors que la sécrétion ordinaire ne pourra être sollicitée par aucun moyen. Au reste, ce n'est pas seulement dans les cas de cette espèce que la sécrétion du pancréas et des glan-

des salivaires a pu remplacer celle des reins. On a vu des glandes sécréter un liquide semblable à l'urine, alors que les reins ne pouvaient remplir leurs fonctions, et nous croyons devoir consigner ici un fait de cette nature, comme susceptible de jeter quelque jour sur la question qui nous occupe. Vallisnieri rapporte qu'une demoiselle de 18 ans fut prise tout à coup d'une suppression d'urine. Au bout de dix jours, il survint des vomissements d'un liquide séreux qui avait la couleur, la saveur et l'odeur de l'urine, qualités que présentait aussi la salive. Nysten a rassemblé un certain nombre d'observations analogues.

Ainsi donc, la sécrétion pancréatique peut être modifiée par rapport à la quantité. Mais il est rare, et cela s'observe journellement pour les glandes dont le produit est accessible à nos sens, qu'une sécrétion soit augmentée, sans que son produit ne soit en même temps modifié dans sa nature et n'acquière des qualités irritantes. Le docteur Uberto Bettoli cite l'observation d'un homme qui était tourmenté par le ténia, et qui avait des nausées accompagnées d'une sécrétion abondante de salive piquante; des vomissements de matière glutineuse aigre avaient lieu en même temps. Ces symptômes disparurent avec leur cause. Nos annales renferment beaucoup de faits plus ou moins analogues, qui ne permettent pas de douter que, dans bien des cas, le produit de la sécrétion pancréatique ne subissait des altérations remarquables, d'où production d'accidents divers qu'on n'a pas rapportés à leur véritable cause. Et, sans vouloir prétendre d'une manière absolue que l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom de *pyrosis* dépend toujours d'une sécrétion pancréatique viciée, nous croyons cependant que, plus tard, cette étiologie sera reconnue, au moins dans quelques cas. Nous devons à la vérité de dire que, dans les cas de pyrosis dont l'ouverture des corps est venue compléter l'histoire, le pancréas n'a offert aucune altération appréciable. Mais, de cette absence de lésion de tissu, faut-il conclure, contre notre manière de voir, que le pancréas n'est pour rien dans la production des phénomènes que présentent les malades atteints de pyrosis? nous ne le pensons pas. Combien de fois encore n'a-t-on pas trouvé, chez les diabétiques, les reins dans leur état physiologique!

Ce qui vient encore rendre plus probable pour nous que le pyrosis pourrait bien dépendre quelquefois d'une altération particulière du liquide pancréatique, c'est cette remarque de M. Guersent, que le développement trop abondant des acides n'a pas toujours lieu dans l'estomac ou le canal intestinal, et qu'il est quelquefois le résultat de l'altération même de la salive. Cet observateur judicieux est porté à croire qu'il en est presque toujours ainsi chez les malades qui ont les dents détruites par l'effet des acides. Or, l'analogie de texture et de fonctions permet bien de supposer que le pancréas aussi peut, dans certaines circonstances, modifier de la même manière le liquide qu'il sécrète. Tout récemment (février 1836), nous avons été consulté par un homme de la commune d'Aulnay, le nommé Urbain Ruault, dont l'observation est précieuse pour nous en ce moment. Cet homme, grand, maigre, âgé de 38 ans, éprouve, depuis l'âge de 20 ans, et principalement tous les matins, des vomissements d'un liquide spumeux, âcre, et dont le rejet est accompagné d'une vive sensation de chaleur brûlante depuis le cardia jusqu'à la bouche. Il lui semble qu'une flamme de feu parcourt toute la portion supérieure du tube digestif. Ces vomissements se suspendent quelquefois spontanément, et alors ils sont remplacés par une salivation abondante, surtout le matin. Le liquide salivaire sécrété est également âcre, caustique même; les gencives sont gonflées, mollasses, les dents vacillantes, usées dans toute leur circonférence, de manière à laisser entre elles un intervalle qui s'accroît lentement, comme si, chaque jour, la salive, en s'écoulant, dissolvait une légère couche de leur tissu. Son père éprouva, à 20 ans, les mêmes accidents qui ont cessé d'eux-mêmes à sa cinquantième année; il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. Nous publierons, plus tard et avec plus de détails, cette observation intéressante, si le malade, que nous n'avons encore vu que deux fois, continue, comme il nous l'a promis, à venir réclamer nos conseils. La magnésie unie au sucre, les infusions de sauge et de menthe prises le matin à jeun, ont déjà procuré un peu de soulagement.

Enfin, pour réunir le plus de preuves possible en faveur de notre opinion, rappelons en peu de mots les symptômes principaux que l'on observe dans le pyrosis: éructations avec rejet d'un liquide limpide que quelques malades ont comparé à la salive; courbure du corps en avant pour apaiser la douleur; paroi antérieure de l'abdomen rétractée vers la colonne vertébrale; constipation; salivation; enfin, et c'est un signe sans lequel la maladie n'existe jamais, émission d'une plus ou moins grande quantité d'un liquide qui a assez fréquemment l'apparence de la salive, et qui toujours jouit de la propriété d'être âcre et excitant, approchant même de la causticité. Eh bien! cette symptomatologie que nous empruntons à une bonne dissertation soutenue à l'école de Paris, nous la retrouverons dans les articles de ce travail relatifs à l'inflammation et aux diserses lésions organiques du pancréas.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

HYPERTROPHIE.

Un état d'hypertrophie du pancréas, c'est-à-dire sans altération aucune dans la texture de cet organe, est excessivement rare, et la presque totalité des faits publiés sous ce titre, par les auteurs, nous ont paru appartenir à une dégénération squirrheuse. Ce qui vient surtout nous confirmer dans notre manière de voir, c'est que M. le professeur Cruveilhier, qui cultive l'anatomie pathologique avec tant de zèle et de succès, à l'article *Hypertrophie* du *Dictionn. de médec. et de chirurg. pratiques*, parle de celle de l'estomac et de ses annexes, mais ne dit rien du pancréas. Cependant le docteur Thomas Sewal, dans un Essai sur les maladies du pancréas, après avoir dit que, de toutes les affections, la plus fréquente est le squirrhe, état dans lequel l'organe perd sa structure naturelle, ajoute qu'il n'est pas très-rare de le voir considérablement augmenter de volume et approcher d'un état d'induration, sans présenter aucun changement sensible dans son organisation. Le docteur Sewal regarde cet état comme le premier pas fait vers la dégénérescence squirrheuse. Nous croyons devoir aussi rattacher à cette lésion le cas pathologique rapporté par J. Crampton, et dans lequel le pancréas était dur et augmenté de volume (*Hard and enlarged*).

ATROPHIE.

L'atrophie du pancréas peut être la suite d'une maladie de la glande elle-même ou de celle d'un des organes qui l'entourent. Le cas suivant doit être considéré comme idiopathique. Il a été recueilli à la clinique de Lobstein. Sur un individu mort ictérique, on trouva la vésicule du fiel et les conduits biliaires très-distendus; le pancréas atrophié était dégénéré en substance dure stéatomateuse. En l'incisant, on y remarquait une espèce de dépôt ovalaire de couleur jaunâtre; sa longueur était de quatre pouces, sa largeur de huit lignes; son canal s'était développé au point de former un kyste occupant toute la longueur du pancréas, et dont les parois étaient inséparables de la substance de la glande.

Mais le plus ordinairement, l'atrophie du pancréas reconnaît pour cause une altération, soit du foie, soit de l'estomac, soit d'un autre organe voisin. Ainsi, le docteur Guérin a observé une atrophie complète de cet organe, dans un cas de masse cancéreuse qui occupait presque tout l'abdomen: M. Berjaud l'a vue produite par un anévrisme considérable de l'aorte abdominale, avec lequel il avait contracté des adhérences intimes; Morgagni, par une hypertrophie et une dégénération squirrheuse du foie; mais c'est surtout dans les affections cancéreuses de l'estomac, avec oblitération du pylore, qu'on l'a observée le plus souvent. Dans ce cas, l'atrophie tiendrait-elle à ce que, la sécrétion pancréatique n'étant plus sollicitée par l'arrivée de la masse chymeuse dans le duodénum, l'organe cesse d'agir, et, par là, voit sa sécrétion diminuer? nous le pensons, et cette cause est démontrée par beaucoup d'organes. Quoi qu'il en soit, cette espèce d'atrophie a été observée par un grand nombre d'auteurs. Le docteur Garcy dit que Brechkfelv a vu le pancréas considérablement diminué, et presque disparu chez des individus qui avaient succombé à la rage. Nos lectures ne nous ont rien fait connaître de semblable.

RAMOLLISSEMENT.

M. Becourt dit que le pancréas peut devenir le siége d'un ramollissement analogue à celui dont la rate offre si souvent des exemples; cette altération se serait rencontrée chez des scorbutiques et des scrofuleux. Portal rapporte avoir vu cet organe très-ramolli, sans être plus rouge, ni gonflé, ni atrophié, dans deux enfants morts de la rougeole, et sur un jeune homme qui avait succombé le dixième jour d'une variole confluente. On voit que l'histoire du ramollissement du pancréas comme de celui de la plupart de nos organes est encore entièrement à faire.

INDURATION SIMPLE.

Quelques auteurs, et entre autres, Baillie, considèrent cet état comme le commencement de la dégénération squirrheuse; mais il nous semble que c'est à tort, parce que, de l'aveu même de ces anatomistes, rarement l'état squirrheux existe, et que, plus rarement encore, il occupe à la fois tout l'organe; tandis que l'induration s'observe dans toutes les granulations dont la réunion constitue le pancréas, comme nous l'avons vu nous-même à l'autopsie d'un homme qui succomba à une duodénite chronique. Cette glande offrait le volume et la couleur qui lui sont naturels, mais les glandules qui la composaient étaient indurées et résonnaient à la percussion. En examinant avec plus d'attention cette pièce pathologique, nous pûmes nous assurer que le tissu cellulaire qui entourait chaque granulation était sain, c'est-à-dire ni friable ni induré; et cette circonstance, si elle se présentait à d'autres observateurs, suffirait pour faire distinguer cette induration de l'état squirrheux, qui jamais ne laisse intact le tissu cellulaire de l'organe qu'il envahit. M. Becourt a rencontré plusieurs fois cette altération. Dans un cas où tous les organes abdominaux étaient sains, le pancréas était composé de granulations jaunâtres plus petites et plus dures qu'à l'ordinaire. Plusieurs auteurs paraissent bien avoir observé quelque chose d'analogue; mais, comme ils se bornent à dire que le pancréas

était dur, il est impossible de spécifier l'altération dont ils veulent parler. Il faut cependant en excepter Morgagni, qui a très-bien su distinguer cette altération du squirrhe.

INDURATION CARTILAGINEUSE.

Nous possédons un assez grand nombre d'observations dans lesquelles le pancréas a été trouvé entièrement cartilagineux ; mais, dans toutes ou presque toutes, un ou plusieurs des organes environnants avaient subi la même transformation. Ainsi, Sebire rapporte avoir trouvé, à l'autopsie d'une femme qui avait fait abus de liqueurs alcooliques, le pylore, une partie du duodénum et le pancréas cartilagineux ; ce dernier organe était tellement confondu avec les vertèbres que, pour pouvoir l'examiner, on fut obligé d'enlever une portion de ces os. Nous n'indiquerons pas les autres faits analogues que nous connaissons, car s'ils intéressent sous le rapport anatomique, ils ne peuvent en rien servir à établir le diagnostic d'une semblable altération. Il n'en est pas de même des deux observations suivantes, dans lesquelles le pancréas seul était dégénéré : la première appartient à Morgagni : Un homme robuste était, sans cause appréciable, continuellement tourmenté par des efforts de vomissement. Mais, si l'on excepte les remèdes et les aliments qui étaient continuellement rejetés, il vomissait peu, et les matières du vomissement étaient aqueuses et un peu amères. En outre, il existait une soif intense, des défaillances fréquentes, et il semblait au malade que des chiens lui déchiraient la partie supérieure et profonde de l'abdomen. Le toucher ne faisait rien sentir de dur dans cette cavité. Ces symptômes persistèrent jusqu'au onzième jour, époque de la mort du malade. — *Autopsie :* foie d'un volume considérable, mais sain, ainsi que l'estomac et les intestins. Pancréas volumineux, présentant une surface inégale bossuée et d'une consistance cartilagineuse, etc.

La seconde, publiée par le docteur Lilienhain, dans le *Journal d'Hufeland,* a été traduite dans un journal français. Nous regrettons beaucoup que notre éloignement de Paris ne nous permette pas de recourir au journal allemand, car la traduction qu'on a donnée de ce fait est à peine française, et tellement obscure, que même, après plusieurs lectures attentives, nous n'avons pu nous faire une idée bien nette des symptômes variés que la malade a éprouvés. En voici l'analyse : Une jeune fille, d'une constitution lymphatique, menant une vie sédentaire, éprouva, sans cause connue, des accidents spasmodiques très-variés et assez analogues à ceux que l'on observe dans l'hystérie. Il y eut, dès le commencement, constipation opiniâtre, perte d'appétit, rejet d'une salive blanchâtre. A ces symptômes se joignirent plus tard des efforts pour vomir de la salivation, et le toucher fit découvrir, dans l'épigastre, une tumeur dure, mobile, qui, indolente d'abord, devint par la suite très-sensible. Vers la fin de la maladie, les spasmes se renouvelèrent avec plus d'intensité, la région de l'estomac se tuméfia de plus en plus et devint extrêmement sensible au toucher ; enfin la malade ne put plus rester dans la position assise. A l'autopsie, amaigrissement considérable, pancréas entièrement transformé en une masse dure et cartilagineuse; conduit pancréatique en partie oblitéré ; autres organes dans un état normal, cœur très-petit.

Si nous cherchons à résumer les symptômes que présentèrent les sujets des deux observations précédentes, nous remarquerons les envies fréquentes de vomir, les nausées presque continuelles qui chez l'un ne furent pas, et chez l'autre que très-rarement suivies de vomissements, l'excrétion abondante d'une salive blanchâtre, la constipation opiniâtre, symptômes presque constants de toutes les lésions de l'épigastre du pancréas, et enfin cette douleur rougeâtre qu'Andry dit avoir également observée chez un malade chez qui cette glande fut trouvée dure et cartilagineuse. Enfin, nous ferons observer qu'il serait difficile de raconter un fait qui appuyât mieux l'opinion de Sylvius, de Le Boë, sur le siége de l'hystérie que celle du docteur Lilienhain.

TRANSFORMATION EN TISSU GRAISSEUX.

Cette transformation du pancréas a été observée une fois par Dupuytren, et deux fois par Lobstein. M. Cruveilhier, qui cite l'observation de Dupuytren, a bien soin de faire remarquer qu'il ne faut pas confondre cet état, qui est très-rare, avec l'accumulation de la graisse, dans le tissu lamineux, qui unit entre eux les lobules du pancréas. M. Becourt en a recueilli deux autres observations : dans la première, une partie seulement du pancréas était devenue graisseuse ; dans la seconde, tout l'organe était dégénéré. Voici l'analyse de cette longue observation :

Jean Fischer, âgé de 45 ans, tailleur, ancien militaire, était atteint, depuis huit jours, d'un ictère qu'avaient précédé des symptômes gastriques, lorsqu'il entra à la Clinique, le 7 novembre 1828. Il offrait alors une légère coloration en jaune de la peau et de la conjonctive ; pouls lent, grande faiblesse, légère oppression à l'épigastre, appétit très-bon, urine limpide (potion gommeuse, sirop d'écorces d'orange). Le 9, augmentation de l'ictère, sentiment de pression à l'épigastre, sans que cette pression soit douloureuse au toucher ; pouls lent, démangeaisons à la peau, diarrhée qui cessa le 11 (eau vineuse, mixture

crétacée). Le 15 et le 16, plusieurs accès de lipothymie, selles blanches, augmentation des symptômes gastriques, épigastre douloureux au toucher, appétit moins bon, peau moins jaune, diminution du prurit. Cet état continue pendant plusieurs jours, à des degrés plus ou moins intenses. Le malade indique un point très-circonscrit de la longueur d'une pièce de 10 sous, entre l'ombilic et le creux de l'estomac, point qui, soumis à la pression, occasionne de vives douleurs. Le 22 et jours suivants, point de cardialgie ni de lipothymie, mais douleurs névralgiques dans le bas-ventre, borborygmes, flatuosités qui augmentent tous les jours; le pouls est lent, la faiblesse est grande. (Le 26, on donne le fiel de bœuf avec la magnésie; on le remplace le 28 par l'extrait de pissenlit, la magnésie et la rhubarbe; le 30, on prescrit le remède de Durande: le malade ne pouvant le supporter, on lui substitue le lendemain une potion calmante.)

Du 4 au 20 décembre, selles très-dures, produites seulement par les lavements (poudre de mercure doux et jalap). Éructation considérable de gaz, cardialgie, spasmes de l'abdomen. Le 10, il y eut de la diarrhée et une salivation produite par le mercure doux (deux onces de manne, gargarisme albumineux). Le 21, douleur violente et ardeur de l'estomac, soif intense, appétit assez bon, mais cardialgie après l'ingestion des aliments (douze sangsues à l'épigastre; potion avec une eau de carbonate de chaux et d'eau de laurier-cerise; eau de Selters pour boisson). Le 30, cardialgie, spasmes de l'abdomen s'étendant de l'épigastre aux parties supérieures du corps; les douleurs sont quelquefois intolérables; abdomen un peu élevé sans être ni dur ni tendu; nausées, crachats sanguinolents. Jusqu'au 15 janvier, il y eut des alternatives de calme et de douleurs; cependant les forces déclinent rapidement, et le malade marche vers le marasme. Du 15 au 29, il y eut un léger amendement, violente cardialgie, douleurs vives de l'estomac, au point qu'aucun médicament ne peut être ingéré.

Le 30, chaleur brûlante à l'estomac, douleurs très-vives dans tout l'abdomen, faiblesse extrême, voix presque éteinte, insomnie. Du 1er janvier au 2 mars jour de la mort, les envies de vomir furent remplacées par des vomissements tantôt sanguinolents, tantôt bilieux; hémorragies passives, prostration complète des forces, soif inextinguible, douleurs universelles; le malade est parvenu à un tel degré d'anéantissement, qu'il ne peut plus parler: remèdes, aliments, tout est refusé. (Les moyens employés furent le petit-lait, les lotions aromatiques, et l'élixir acide de Haller.)

Autopsie: le crâne et la poitrine n'offrent rien qui soit digne d'être noté; la cavité abdominale renferme deux à trois litres de sérosité jaunâtre; foie d'un volume ordinaire, d'une densité moindre que de coutume, d'un vert olive, présentant à ses faces supérieures et inférieures plusieurs tubercules blanchâtres que Lobstein regarda comme des encéphaloïdes au premier degré, et qui variaient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix; la vésicule biliaire formait une large poche plus grosse que le poing, remplie d'une bile d'un vert très-foncé. Les conduits hépatiques et cystiques, ainsi que le commencement du canal cholédoque, avaient éprouvé une dilatation si considérable, qu'on pouvait facilement y introduire le petit doigt; mais la terminaison du dernier était comprimée et rétrécie au point de permettre à peine l'introduction d'une soie. Le pancréas présentait une tête endurcie squirrheuse, et le reste de cet organe était converti en une substance graisseuse. L'estomac et le duodénum étaient sains; le jéjunum et l'iléum un peu injectés, et le cœcum offrait à sa surface interne quelques taches noirâtres de mélanose.

Nous ferons remarquer, dans cette observation intéressante, l'ictère produit par la compression du canal cholédoque, cette sensation d'oppression à l'épigastre qui plus tard devient douloureux, cette douleur circonscrite à une petite étendue entre l'ombilic et le creux de l'estomac, la cardialgie qui fut presque constante, et enfin la salivation que l'auteur attribue au mercure doux, dont une seule dose fut donnée, et que nous croyons plutôt avoir été sympathique de l'état morbide du pancréas.

Mais il est un autre point de vue sous le rapport duquel cette observation mérite de nous intéresser. Si le lecteur l'a lue avec toute l'attention nécessaire, il a dû remarquer que ce fait aurait pu être présenté comme un cas de gastro-entéralgie. Qu'il compare, en effet, la description de cette maladie donnée par les meilleurs auteurs, avec les symptômes que présenta le malade dont il vient de lire l'observation, et il se convaincra facilement de la justesse de notre réflexion. S'il en est ainsi, l'opinion que nous avons émise plus haut sur la cause du pyrosis, variété de la gastralgie, reçoit un nouvel appui du fait rapporté par M. Becourt, et aux causes peu connues encore pour la plupart, et le plus souvent difficiles à apprécier, il faudra joindre les altérations diverses du pancréas. Nous dirons à ce sujet que, malgré les recherches toutes récentes de quelques pathologistes, au premier rang desquels il faut citer M. Barras, on est loin d'avoir reconnu l'influence de beaucoup de causes sympathiques des névroses du tube gastro-intestinal. Comme preuve, nous pouvons citer un fait que nous avons observé der-

nièrement sur une jeune femme, d'une constitution faible, et qui, sujette à des rechutes de bronchite chronique, éprouvait, à chaque aggravation de la maladie du péritoine, tous les symptômes d'une gastralgie intense. Nous ne connaissons aucun cas où l'on ait observé une semblable dépendance sympathique.

DÉGÉNÉRATION KYSTEUSE.

M. Becourt a dit que le Musée de Strasbourg possède la pièce pathologique d'un kyste développé dans le corps et la queue du pancréas. Ce kyste a le volume d'une tête d'enfant de 4 ans; ses parois sont fibreuses, blanchâtres, très-résistantes, de l'épaisseur d'une ligne; la tête du pancréas paraît être restée saine. On ne connaît pas les détails de la maladie.

L'observation suivante, due à Stoerck, doit trouver place ici, bien qu'il reste quelques doutes sur la véritable nature du cas pathologique qu'elle présente.

Une femme de 28 ans, jouissant d'une bonne santé, fut prise tout à coup, et sans cause connue, d'un vomissement très-violent; les règles qui coulaient furent arrêtées, et cette suppression fut suivie de gêne dans la respiration, de froid aux extrémités et de fortes palpitations (saignées, anti-émétique, lavements, etc.). Bien qu'il existât encore des palpitations et de l'anxiété, l'état de la malade s'améliora; mais celle-ci s'étant levée, les symptômes s'aggravèrent, et on commença à sentir à la région épigastrique des pulsations qui répondaient à celles du cœur; la moindre nourriture augmentait la dyspnée. Divers remèdes restèrent sans succès. A l'époque suivante, les règles ne reparurent pas. Dès lors, les pulsations à l'épigastre devinrent plus violentes, et on put y reconnaître une tumeur rénitente (nouvelle saignée encore suivie d'amélioration). Les symptômes ne tardèrent pas à reparaître avec plus de violence. La malade sentit alors un poids incommode dans la région épigastrique, qui ne diminuait que quand elle était couchée et qu'elle inclinait le corps en avant; le pouls était inégal, et il y avait insomnie et constipation (rob de sureau, petit-lait en boisson). Ce traitement réussit, et, pendant trois mois et demi, la malade se trouva dans un état assez satisfaisant. Tout à coup ses forces diminuèrent, il survint des vomissements bilieux et des selles de même nature, la tumeur s'accrut et bientôt la mort survint. — *Autopsie :* l'estomac, l'épiploon et les intestins étaient déplacés et comprimés, le pancréas était tellement volumineux et pesant, qu'il dépassait le poids de treize livres. En l'ouvrant, on vit que ce n'était qu'un sac rempli de sang, en partie grumeleux, en partie coagulé, et commençant à s'organiser.

Cette observation est pleine d'intérêt; mais à quelle altération pathologique la rapporter? Y a-t-il eu dans ce cas, comme Stoerck le suppose, rupture d'une artère moyenne du pancréas? Ce cas a été observé pour la thyroïde, et a été nommé par les auteurs, goître anévrismatique. Est-ce un foyer apoplectique, analogue, quoique plus volumineux, à ceux observés et décrits par M. Cruveilhier, dans le Dictionnaire de médecine pratique; par M. Robert, dans les bulletins de la Société anatomique; et par Prost? Doit-on rapporter cette altération à celle que l'on observe quelquefois dans le corps thyroïde, qui ne forme plus alors qu'un kyste distendu par des matières sanguinolentes, et telle que l'observa une fois M. Lisfranc qui, plongeant un trocart dans une tumeur de la glande thyroïde, fut surpris d'en voir sortir un jet de matière sanguinolente, et crut avoir affaire à un anévrisme?

—

MALADIES DU FOIE.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

HYPÉRÉMIES.

Comme tous les tissus parenchymateux, le foie peut présenter des congestions sanguines de nature diverse. Ces hypérémies sont tantôt mécaniques et reconnaissent pour cause un obstacle au libre passage du sang à travers les cavités droites du cœur, d'où reflux et accumulation de ce liquide dans les vaisseaux hépatiques; tantôt, sans être inflammatoires, ces hypérémies ne sont plus mécaniques: ainsi sont les congestions du foie chez les scorbutiques; tantôt, enfin, les hypérémies sont réellement actives, et sous l'influence d'un stimulant inflammatoire. Celles-ci peuvent durer plus ou moins longtemps, sans autre altération qu'une modification dans la sécrétion biliaire, modification qui n'existe même pas toujours.

Ces hypérémies, quelle que soit leur cause, peuvent être générales ou partielles. Quand elles sont générales, elles produisent l'augmentation du volume de l'organe, qui dépasse plus ou moins le bord cartilagineux des côtes, ou qui refoule en haut le diaphragme. Cette augmentation de volume peut s'opérer avec une très-grande rapidité et disparaître de même, comme on le voit dans les hypérémies liées à une maladie du cœur. Mais ces congestions habituelles du foie toutes mécaniques peuvent déterminer à la longue une inflammation de l'organe, qui peut rester seule ou être suivie de diverses altérations de nutrition, comme cela se voit fréquemment chez les individus affectés de maladies organiques du cœur.

Les symptômes de l'hypérémie active du foie se confondent avec ceux de l'inflammation de cet organe.

Dans les congestions passives, ce viscère peut augmenter assez de volume pour qu'on le sente bien au-dessous des fausses côtes droites et à l'épigastre. La tumeur présente une surface lisse, sans bosselures, sans enfoncement; il n'y a ni douleur, ni trace d'ictère; quelquefois, cependant, les malades accusent une sensation pénible, une sorte de pesanteur dans l'hypocondre.

Difficilement on confondra ces congestions passives du foie avec son inflammation, car, lorsque cette inflammation est légère, le foie est peu ou point augmenté de volume, et, quand elle est intense, ces mêmes caractères suffisent toujours pour différencier les congestions qui se forment alors dans le tissu du foie de celles qui se trouvent liées au scorbut, soit à un obstacle au cours du sang.

Les maladies qui produisent les congestions passives du foie sont toutes incurables; et ces congestions mêmes n'offrent que peu d'intérêt, au milieu des désordres graves dont elles ne sont que la conséquence. Il n'en est pas de même des cas où le foie s'engorge pendant le cours d'une maladie du cœur ou de ses annexes; ceux-ci méritent une attention particulière. En effet, les maladies du cœur peuvent exister longtemps sans occasionner la mort, et sans qu'aucun autre organe éprouve une altération marquée de nutrition. Or, on conçoit facilement que, si, sous leur influence, une congestion sanguine se formait dans le foie et déterminait une hépatite, cette dernière serait une complication très-fâcheuse qui ne pourrait qu'accélérer beaucoup leur marche, et par conséquent leur terminaison funeste. Pour prévenir un pareil accident, il ne faut que traiter convenablement la maladie qui donne lieu au ralentissement de la circulation veineuse, et l'attaquer surtout avec énergie chaque fois qu'elle s'exaspère; moyennant cela, on réussira presque toujours à dégorger le parenchyme hépatique, et à empêcher que le sang ne s'y ramène de nouveau en trop grande quantité. (Bonnet, *Traité des maladies du foie.*)

PHLEGMASIES.

De l'hépatite aiguë.

Caractères anatomiques. L'hépatite aiguë, maladie rare dans nos pays, présente trois degrés : 1° simple congestion active, engouement; 2° diminution de consistance ou ramollissement du parenchyme du foie; 3° infiltration purulente et abcès dans la substance de l'organe.

Dans le premier degré, on observe une vive rougeur, générale ou partielle, seule ou accompagnée d'une augmentation de volume. Alors, en incisant le foie, on le trouve gorgé d'un sang noir.

Dans le second degré, en même temps que cette vive rougeur, on trouve le tissu du foie ramolli, il y a ramollissement rouge.

Dans le troisième degré, on trouve le foie infiltré de pus ou des abcès plus ou moins nombreux, tantôt du volume d'une noisette, tantôt occupant la moitié du foie, siégeant au centre ou à la périphérie de l'organe, entourés d'une simple rougeur ou en même temps de ramollissement, pouvant communiquer à l'extérieur par les parois abdominales, l'estomac, le colon, la vésicule du fiel, s'épancher dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle.

Le foie phlogosé peut aussi se gangréner, mais ce phénomène est très-rare.

Assez fréquemment, le foie a contracté des adhérences avec les parties environnantes, le diaphragme, l'estomac, le duodénum, le colon, les parois de l'abdomen. C'est le péritoine enflammé qui sert d'intermédiaire à toutes ces adhérences, qui sont d'autant mieux organisées, que la durée de la maladie a été plus longue.

Causes. Des causes assez nombreuses et assez diverses peuvent produire l'hépatite aiguë. Dans nos pays, les plus fréquentes sont les causes mécaniques et qui agissent plus ou moins directement sur le foie, tels sont les coups ou les chutes sur l'hypocondre droit, les plaies pénétrantes dans cette même région, les grands efforts pour soulever de lourds fardeaux, toutes les chutes d'un lieu élevé sur les pieds, sur les genoux, sur les fesses ou sur la tête, et dans lesquelles le corps éprouve une violente secousse. Après ces causes, celles qui occasionnent le plus communément l'hépatite aiguë sont les stimulations vives de l'estomac et des intestins, et surtout celles provoquées par l'usage intempestif des émétiques et des drastiques. On la voit quelquefois survenir en même temps que l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-duodénale, ou bien en se transmettant par voie de continuité à travers le canal cholédoque et le conduit hépatique jusqu'au foie, ou bien en l'irritant sympathiquement. M. Ribes a encore démontré que l'inflammation gastro-duodénale pouvait se transmettre au foie d'une autre manière : en se propageant par le moyen d'une inflammation veineuse qui, partie des veines situées à la surface de la membrane muqueuse s'étend aux petites veines mésaraïques, de là à la veine-porte, et de celle-ci au foie. M. Cruveilhier a vu de son côté l'inflammation du rectum se propager aux veines hémorrhoïdales, et de là au foie, et produire une multitude d'abcès dans cet organe. Dans quelques cas, l'inflammation du foie succède à celle du péritoine qui le recouvre.

Des causes plus éloignées, moins directes, et dont il est fort difficile de se rendre compte,

produisent aussi l'inflammation aiguë du foie. Dans ce cas sont les hépatites aiguës survenues à la suite de plaies de tête, de passions violentes ou subites, d'une grande colère ou d'un chagrin profond.

Comme toutes les autres phlegmasies, celle du foie succède, dans quelques cas, au refroidissement subit de la peau, à l'immersion dans l'eau froide lorsque l'on est en sueur, à la répercussion d'un exanthème, à la disparition subite d'une phlegmasie articulaire, à la suppression des hémorroïdes.

La chaleur est généralement regardée comme une des causes les plus puissantes de l'hépatite aiguë; on sait, en effet, que cette phlegmasie est plus commune dans les pays chauds que dans nos climats. Voici, à ce sujet, l'opinion de M. Roche : « Je ne conteste pas cette étiologie, mais que l'on me permette de douter que l'action de la chaleur soit directe sur le foie. On sait quelle intensité la gastro-entérite acquiert sous les Tropiques; n'est-il pas permis, dès lors, de penser que cette phlegmasie y est presque toujours le mobile de l'inflammation hépatique? Et, d'ailleurs, si l'hépatite sévit davantage sur les Européens transplantés dans ces contrées, et qui, par goût, par habitude, et imbus des préceptes dangereux de l'hygiène créée par l'école de Brown, abusent des stimulants là où la sobriété est une des conditions indispensables de la conservation de la santé; si, dis-je, elle sévit davantage sur ces individus que sur les indigènes, ainsi que s'accordent à le dire tous les médecins qui ont exercé la médecine dans ces pays, ne s'ensuit-il pas que la chaleur ne devient une des causes de l'hépatite, que par son action sympathique sur les voies digestives. » (Dictionnaire en 15 vol., tom. IX.)

Les enfants et les femmes sont rarement affectés d'hépatite aiguë; c'est presque toujours dans l'âge mûr qu'on l'observe. L'abus des stimulants gastriques de toute espèce, et, suivant M. Roche, l'idiosyncrasie qu'on pourrait appeler *veineuse*, y prédisposent.

Symptômes. Une douleur, quelquefois vive, plus souvent sourde, gravative et lancinante, ayant son siége dans l'hypocondre droit, s'étendant souvent à la poitrine et jusqu'à l'épaule du même côté, augmentant par la pression, par l'inspiration, par la toux et le décubitus sur le côté gauche, soulagée au contraire par le décubitus sur le côté malade, est le principal symptôme de l'hépatite aiguë. Quand la phlegmasie est intense, à la douleur se joignent l'enduit jaunâtre, verdâtre ou noir de la langue, la soif, la perte de l'appétit, l'amertume de la bouche, des nausées, une constipation opiniâtre, la fréquence, la plénitude et la dureté du pouls, une chaleur brûlante, mordicante et aride de la peau, la teinte jaune des sclérotiques, et, plus tard, un ictère général, enfin des urines rares, jaunes, huileuses, très-troubles et déposant un sédiment briqueté, et quelquefois d'une couleur verte tellement foncée qu'elles paraissent noires. Si l'inflammation est encore plus intense, il survient en outre de l'oppression ; la respiration est très-douloureuse, et tout le côté droit de la poitrine reste immobile, ou bien les côtes seules prennent part aux mouvements respiratoires; l'hypocondre est d'une sensibilité exquise, la douleur de l'épaule arrache quelquefois des cris au malade; il survient parfois du hoquet, une petite toux sèche; l'anxiété est extrême, le délire ne tarde pas à se déclarer, la face offre un aspect livide et comme bronzé, la soif est inextinguible, puis la langue se sèche et se fendille, le pouls devient petit et serré, les traits s'altèrent, et l'on voit enfin survenir tous les symptômes qui accompagnent la terminaison funeste de la plupart des phlegmasies aiguës. (Roche, *loc. cit.*)

Dans quel degré de fréquence se présentent ces divers symptômes? Sur 16 cas d'hépatite aiguë, onze fois il y a eu douleur à l'hypocondre droit, une fois douleur à l'épaule droite, cinq fois tuméfaction de l'hypocondre, neuf fois ictère, cinq fois il n'y a eu aucun symptôme local; dans tous, il y a eu fièvre, mais pas toujours la même : continue dans 13 cas, elle s'est montrée par accès dans 3.

L'inflammation de la convexité du foie offre-t-elle des symptômes différents de ceux de l'inflammation de sa face concave? Écoutons M. Roche, qui a particulièrement étudié ce sujet : « Dans le premier cas, dit-on, la douleur et aiguë, lancinante, pongitive; elle a beaucoup d'analogie avec la douleur de la pleurésie, elle augmente dans l'inspiration, dans la toux et par la pression ; et c'est seulement dans ce cas qu'elle s'étend à la poitrine, au cou et jusqu'à l'épaule; enfin, la respiration est difficile, il existe une petite toux sèche, et le malade ne peut pas se coucher sur le côté affecté. Dans le second cas, au contraire, la douleur est profonde, la pression ne la réveille pas, mais les efforts de vomissement l'accroissent toujours beaucoup; elle ne se propage ni à l'épaule, ni au cou, ni même à la poitrine; il n'y a ni toux ni gêne bien prononcée de la respiration, et le malade souffre moins couché sur le côté droit que sur le gauche. C'est dans le premier cas que l'on voit manquer surtout l'ictère et les symptômes gastriques, et que, quand ils existent, ils offrent ordinairement peu d'intensité; c'est dans le second cas, au contraire, que l'ictère, le hoquet, les vomissements bilieux, la soif ardente, la sensibilité épigastrique, etc., se montrent ordinairement dans leur plus haut point de gravité.

« Cette distinction est-elle bien fondée? je le

crois; seulement les caractères n'en sont pas aussi tranchés que nous venons de les décrire. Mais il est tout naturel que, lorsque l'inflammation occupe la partie convexe du foie, la douleur, plus superficielle, soit plus facilement réveillée par la pression, par l'abaissement du diaphragme dans l'inspiration et dans la toux, et par le décubitus sur le côté malade, qu'elle se propage plus aisément à la poitrine et de proche en proche à l'épaule et au cou, et enfin que la toux et l'oppression l'accompagnent. Il est tout naturel aussi que, lorsque l'inflammation a son siége à la face concave de l'organe, elle se communique facilement à l'estomac et au duodénum, et produise la soif, les vomissements, la sensibilité de l'épigastre, etc.; que la douleur, profonde comme le siége du mal, ne puisse être que faiblement excitée par la pression et par les mouvements d'abaissement du diaphragme, tandis qu'au contraire les efforts du vomissement l'exaspèrent; enfin, que les conduits biliaires participant nécessairement à l'état inflammatoire se trouvent oblitérés plus ou moins complétement par le gonflement de leurs parois, et que la bile résorbée aille imprégner de sa couleur la peau, les sclérotiques et les sécrétions excrémentitielles comme l'urine.

« Mais est-il toujours possible de distinguer, au lit des malades, l'hépatite de la convexité de celle de la surface concave? Non; parce que, comme nous l'avons déjà dit, les caractères n'en sont pas toujours bien dessinés. Mais on y parvient quelquefois; et dans le petit nombre d'hépatites aiguës que j'ai eu occasion d'observer en douze années d'exercice de la médecine, j'ai pu, deux fois, à l'aide des signes indiqués, préciser le siége de l'inflammation à la surface convexe du foie. Une autre fois, j'ai vu périr une jeune femme à laquelle plusieurs honorables confrères donnaient des soins avec moi, et qu'avec un peu de hardiesse, plus de précision et de confiance dans notre diagnostic, nous aurions peut-être soustraite à la mort. Elle avait présenté tous les signes de l'hépatite de la convexité; nous avions reconnu que la phlegmasie s'était terminée par suppuration, et nous n'osâmes pas porter le bistouri sur un abcès que tout nous disait être superficiel. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une collection énorme de pus dans le foie; cet organe adhérait aux parois abdominales sous les côtes asternales, et dans toute l'étendue de l'adhérence la paroi de l'abcès avait à peine une demi-ligne d'épaisseur. Il est donc de la plus haute importance de chercher toujours à préciser le siége de l'hépatite; l'exemple que je viens de rapporter montre quelles graves conséquences peut entraîner un défaut de précision dans le diagnostic de cette maladie. » (M. Roche, *loc. cit.*).

Début, marche et durée. Dans les cas les plus fréquents, le début de l'hépatite aiguë est brusque et violent, et a lieu par un frisson fort et prolongé. Dans quelques cas, elle débute sourdement et n'acquiert que peu à peu toute son intensité. Tantôt des symptômes d'inflammation gastro-duodénale la précèdent; tantôt, au contraire, elle en précède le développement.

Sa marche et sa durée sont très-variables. Peu intense, elle peut se dissiper en deux ou trois jours; très-vive, elle peut faire succomber le malade dans un espace de temps aussi court, surtout quand elle succède aux blessures par armes à feu, ou par des instruments tranchants ou piquants; en général, elle se prolonge jusquà dix et quinze jours, et même au delà de ce terme, quand elle se termine par suppuration.

Terminaisons. L'hépatite aiguë peut se terminer comme presque toutes les phlegmasies aiguës, par la résolution, la suppuration, la gangrène et le passage à l'état chronique. La résolution est provoquée par l'art, ou spontanée. Dans ce dernier cas, elle succède presque toujours soit à une hémorragie nasale, soit à un flux hémorroïdal, quelquefois à l'apparition d'un exanthème, ou simplement à une vive démangeaison de la peau, et des salives abondantes et déposant un épais sédiment, ou à des sueurs copieuses, enfin à une diarrhée bilieuse modérée ou à des vomissements de même nature. La terminaison par suppuration est presque toujours fatale, à moins que le pus ne se fraye une issue à travers les parois abdominales, ou par l'estomac, le duodénum, le colon ou les bronches, à travers le diaphragme et le tissu pulmonaire, ou bien que l'art n'intervienne pour en provoquer la sortie. La terminaison par gangrène, heureusement fort rare, est toujours rapidement mortelle; elle est annoncée par la cessation subite des douleurs, la chute du pouls, des sueurs visqueuses, des selles involontaires et d'une odeur cadavéreuse, le refroidissement des extrémités et la décomposition rapide des traits.

Pronostic. En général, l'hépatite aiguë est une maladie dangereuse.

Diagnostic. Voici comment M. Ferrus s'exprime à cet égard : « Dans tous les Traités de pathologie, on trouve la description des symptômes qui peuvent faire connaître cette maladie; mais dans aucun d'eux il n'est question des caractères anatomiques mis en regard de chacune des périodes qu'elle parcourt; nulle part il n'est recherché avec discussion quelles sont les lésions qui marquent les premiers degrés de l'inflammation; plus d'un auteur même se borne à dire, dans les observations qu'il rapporte que le foie *était évidemment en-*

flammé. Quelques extraits peuvent prouver la vérité de ce que nous avançons.

Sur un enfant de 9 ans, mort en peu de jours d'une *hépatite,* le foie parut d'un volume énorme, et sa circonférence était noire et brûlée (Th. Bartholin).

Un individu jeune succomba à une fièvre épidémique avec des *symptômes d'hépatite;* à l'ouverture du cadavre, le foie était d'un volume considérable et d'une grande consistance, livide et noir à la partie inférieure (Bonnet).

On vit par l'ouverture du corps d'un homme qui avait été tourmenté d'un hoquet violent avant la mort, que le foie était *enflammé* et si tuméfié, que l'estomac avait été comprimé (Lieutaud, d'après Saxonia).

Pinel n'a point décrit dans sa Nosographie les caractères que présente l'hépatite sur le cadavre; mais il renvoie aux écrits de Morgagni pour les nombreuses altérations que le foie peut présenter *à la suite de cette affection.* Ailleurs, ce médecin cite une observation de Desault, où l'on trouve le fait suivant: le sujet est un soldat de 30 ans, chez lequel la maladie du foie parut le résultat d'une plaie de tête. A l'ouverture du corps, on trouva cet organe parsemé de petites ulcérations, et recouvert, dans toute son étendue, d'une couche légère de matière purulente jaunâtre.

Dans la médecine pratique de Franck, on ne trouve non plus aucune description anatomique du foie après l'hépatite, quoique, d'ailleurs, ce médecin admette comme terminaison de cette maladie la suppuration, la gangrène, etc. En un mot, tous les nosologistes ont rapporté les caractères de l'hépatite parvenue à ses terminaisons fâcheuses; mais aucun n'a signalé l'état du foie dans les périodes d'accroissement de cette maladie. L'imperfection de la science tient ici à deux causes; la première est le peu d'occasions qu'on a d'examiner le corps d'individus morts durant le développement de l'inflammation du foie; la seconde tient aux nombreuses variétés que l'organisation du foie, dans l'état normal, présente chez les différents sujets. Tantôt il est ferme, tantôt il est mou; ici il est très-rouge; d'autres fois, il offre une teinte jaune légère; et entre ces divers points extrêmes, il est une foule de degrés intermédiaires que l'on ne peut pas plus rapporter à un état morbide que les premiers. Cependant on a tenté, dans ces derniers temps, d'apporter plus de précision sur ce sujet. On a voulu établir, pour l'inflammation du foie, les trois degrés qu'on a distingués dans l'inflammation du poumon : c'est ainsi qu'on a reconnu une congestion active qui constituerait le premier degré d'hépatite; puis, le ramollissement, la *rougeur* sur laquelle on a insisté, peut-elle être très-significative dans un organe dont les nuances de coloration sont réparties d'une manière si variable dans l'état normal? La suppuration reste donc le seul caractère anatomique incontestable de l'hépatite, et les phénomènes de sa formation constituent, jusqu'à nouvel ordre, les seuls éléments positifs de son histoire. Que dire alors des symptômes qui ont été groupés autour de cette inflammation et qui sont les suivants :

Tension de l'hypocondre droit; sensibilité à la pression; propagation de la douleur à l'épaule droite et à la clavicule du même côté; décubitus difficile, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre; dyspnée, toux sèche, hoquet, souvent nausées et vomissements (Franck). Suivant les régions du foie affectées, si l'inflammation occupe la partie convexe, la douleur s'exaspère davantage par le palper, elle est lancinante et comme pleurétique. Le décubitus est ordinairement difficile sur le côté droit. Si la partie concave est le siége de la maladie, les symptômes gastriques sont très-développés; il y a nausées, vomissements de bile, tension de l'épigastre, souvent ictère, hoquet, etc. Dans le cas où l'affection occupe la partie postérieure du foie, le hoquet est plus fréquent, la dyspnée et la toux plus pénibles, la douleur augmente dans l'inspiration, ou bien il existe une douleur lombaire qui semble avoir son siége dans le rein droit. L'obstacle que le foie enflammé oppose à l'élévation du diaphragme dans l'expiration, soit à cause de sa masse, soit à cause de son volume, occasionne un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation; il semble au malade qu'un poids considérable est suspendu au diaphragme et au sternum (Pinel, Franck). Les déjections alvines sont le plus souvent supprimées dans l'hépatite aiguë; dans les cas où l'ictère existe, elles sont blanches. D'autres fois, le viscère enflammé sécrète une huile plus abondante, plus âcre, et des matières liquides et presque sanguinolentes sont rendues avec coliques. L'urine varie selon les périodes de la maladie, et suivant qu'il y a ictère ou non; elle est pâle durant les premiers jours, à moins que ce dernier symptôme n'existe. Plus tard, elle prend une couleur rouge plus ou moins foncée. La fièvre se déclare et varie en intensité; quelquefois elle manque, surtout dans l'état chronique, où la suppuration la plus énorme peut se former sans avoir provoqué le moindre trouble qui l'ait annoncée. Le frisson et les horripilations, la sensation d'un poids dans l'hypocondre, coïncident assez souvent avec la formation du pus. Une intumescence de la paroi abdominale, avec empâtement et fluctuation au niveau du foie, est l'indice, quand elle se montre, de la collection du pus en abcès, etc.

Nous nous arrêterons ici dans l'énumération des symptômes assignés à l'hépatite. Qui ne

reconnaît qu'il n'en est aucun qui ne se retrouve dans toutes les lésions du foie, quelles qu'elles soient? Si l'on parcourt les causes, il n'en est pas une, même les coups portés sur l'hypocondre, qui ne soit également applicable à toutes ces lésions. Faut-il donc, en effet, ne voir dans leurs formes nombreuses que les terminaisons variées du même trouble morbide, l'inflammation? Mais comment rattacher toute une série de désordres organiques à un mode unique de développement, dont les premières phases ne sont pas même établies, si ce n'est en l'appuyant le plus souvent sur les seules données de l'analogie, et en proposant incessamment des hypothèses qui commandent au moins le doute? Aucun point de la science n'est, en définitive, plus incomplet que la détermination des caractères de l'inflammation du foie; et la *nature* du dérangement nutritif qui modifie sa texture dans ses maladies nous sera sans doute encore pour longtemps inconnue. Bornons donc tous nos efforts à saisir quelques traits qui distinguent leurs espèces diverses : sous ce point de vue même, les ressources de l'examen clinique sont bien limitées.

Complication. Souvent plusieurs lésions organiques existent simultanément dans le parenchyme. D'un autre côté, les troubles fonctionnels généraux, provoqués par l'influence des maladies du foie, sont très-souvent aussi l'expression d'une lésion réelle des organes qui en sont le siége. La pleurésie est une complication assez ordinaire de la suppuration du foie; dans les cinq observations qui font le sujet du mémoire de M. Louis, on la trouve quatre fois. La pneumonie est également commune. M. Cruveilhier a observé sa coïncidence fréquente avec les kystes hydatiques du foie. L'article XII du *Traité* de Portal prouve, par ses nombreux détails, combien les affections du cœur se lient ou du moins coexistent souvent avec les affections hépatiques.

Enfin la lésion de l'estomac et des intestins est si commune, qu'il est peu de maladies, soit aiguës, soit chroniques, qui n'en soient compliquées; et, à cette occasion, il sera souvent difficile d'établir quelle a été l'affection primitive.

Quant aux adhérences du foie avec les parties voisines, le diaphragme, l'estomac, l'épiploon, le colon, le pancréas, elles sont habituelles, et la conséquence nécessaire et prompte de l'irritation du péritoine ambiant; aussi la péritonite générale est-elle incessamment imminente (Dictionn. de médecine, tome XIII).

Traitement. Il faut, dans l'hépatite aiguë, agir promptement et énergiquement. Quand la phlegmasie est intense, quand elle est l'effet des violences extérieures, qu'elle succède à la contusion ou à la blessure du foie, chez les individus jeunes, forts, pléthoriques, il faut employer la saignée générale. En même temps, on appliquera de nombreuses sangsues sur l'hypocondre droit et on y reviendra souvent; elles sont surtout efficaces dans les inflammations de la face convexe du foie, et suffisent, sans le secours de la phlébotomie, pour guérir des hépatites très-intenses. Si le malade est sujet aux hémorroïdes, ou si la phlegmasie occupe la partie concave du foie, on appliquera de préférence les sangsues à l'anus. Si la suppression des règles est la cause première des accidents, on les appliquera aux aines ou à la partie supérieure des cuisses. On doit seconder l'effet des évacuations sanguines par l'usage des boissons délayantes et acidules, telles que la limonade, l'orangeade, les sirops de groseille ou de vinaigre, etc.; par des lavements émollients, par des cataplasmes sur l'hypocondre, ou par des flanelles imbibées d'une décoction émolliente.

Quand les symptômes inflammatoires sont devenus moins intenses, on prescrira des bains prolongés pendant plusieurs heures. S'il y a constipation, on y joindra l'emploi des purgatifs légers, tels que les sulfates de soude ou de magnésie, l'huile de ricin, et surtout le calomélas, dont les médecins anglais font un si grand usage, et qu'ils emploient à toutes les époques, et dès le début de la maladie. Nous croyons qu'il est prudent de n'y recourir que lorsque les accidents inflammatoires ont déjà perdu de leur intensité. Les médecins anglais emploient aussi les frictions mercurielles poussées quelquefois jusqu'à la salivation. Cette méthode de traitement n'est pas généralement suivie en France, où d'ailleurs l'hépatite aiguë est rare.

Quand l'hépatite se termine par suppuration, et que l'abcès qui en résulte est situé profondément, il n'y a rien à faire, si ce n'est, lorsque tous les symptômes inflammatoires ont disparu, de nourrir légèrement le malade et d'empêcher toute recrudescence de la maladie. Si la collection purulente est superficielle, on l'ouvre avec le bistouri et selon les règles de la chirurgie.

Quant à la terminaison par gangrène, elle est toujours nécessairement mortelle, quoi qu'on fasse, et malgré l'emploi du quinquina et de tous les septiques connus.

DE L'HÉPATITE CHRONIQUE.

Dans nos contrées, l'hépatite chronique est plus fréquente que l'hépatite aiguë; il en est de même dans les pays chauds.

Caractères anatomiques. Les lésions que détermine l'hépatite chronique sont très-variées. La plus constante est l'augmentation du volume du foie. Presque toujours sa sub-

stance est indurée, plus dense, mais plus facile à déchirer; sa couleur est d'un rouge foncé, brunâtre, jaune rougeâtre, ardoisée ou noirâtre par plaques. Dans son épaisseur, on rencontre un ou plusieurs foyers, tantôt formés par du pus blanchâtre, tantôt par un liquide couleur de lie de vin; ces abcès sont plus ou moins vastes; on en a vu qui avaient, en quelque sorte, dévoré toute la substance de l'organe, et se trouvaient renfermés dans ses enveloppes qui leur formaient une vaste poche. Comme dans l'hépatite aiguë, le foie est adhérent avec les organes voisins. Il peut aussi être le siége de tubercules, de la mélanose, de la cyrrhose, etc.

Causes. L'hépatite chronique succède assez souvent à l'aiguë; plus souvent, elle débute sous la forme chronique. Les causes prédisposantes les plus ordinaires sont l'usage continu d'aliments trop succulents, tels que le gibier, les viandes noires, les ragoûts épicés, l'abus des liqueurs spiritueuses ou du café, la chaleur atmosphérique, etc. Ces causes agissent surtout chez les individus qui ont le système veineux très-développé, la peau brune, les cheveux noirs et les membres secs. Comme l'hépatite aiguë, elle se développe le plus ordinairement à la suite des coups et des chutes sur la région du foie; sous l'influence des affections morales tristes et vives, des excès d'aliments de haut goût ou de boissons alcooliques, à la suite des coups sur le crâne ou le canal rachidien; après les chutes sur les genoux, sur le sacrum, etc.; par une inflammation consécutive du péritoine, de la plèvre, du tissu cellulaire, de l'abdomen, après les engorgements du foie qui succèdent aux fièvres intermittentes, après des courses forcées, après la répercussion d'une phlegmasie cutanée ou articulaire, ou la suppression d'une hémorragie habituelle et surtout du flux hémorroïdal. Une cause très-fréquente de cette maladie est l'inflammation chronique de la membrane muqueuse gastro-duodénale.

L'âge adulte, le sexe mâle et le tempérament bilieux y sont principalement prédisposés.

Symptômes. Comme dans l'hépatite aiguë, le principal symptôme est une douleur sourde, gravative, ayant son siége dans l'hypocondre droit, augmentant par la pression, par les secousses un peu fortes, par le coucher sur le côté gauche, après le repos, et ne se faisant même quelquefois sentir que dans ces circonstances. Cette douleur, qui n'est pas continue, s'accompagne souvent de dyspnée et de toux; d'un mouvement fébrile, pour peu qu'elle soit vive, et de sécheresse de la peau. Tous les soirs, on observe de petits redoublements. Bientôt la peau devient jaune, les matières fécales blanches ou grises, les urines foncées et déposant un sédiment abondant. En palpant l'abdomen, si l'inflammation existe depuis un certain temps, on sent le foie qui dépasse le bord libre des côtes asternales, et qui s'étend plus ou moins vers l'épigastre et la région ombilicale; souvent l'hypocondre droit est plus élevé que le reste de l'abdomen.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; et, dans quelques cas, l'hépatite chronique ne s'annonce que par la jaunisse, les selles déclarées, les urines rares et déposant un sédiment briqueté, par une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression, siégeant dans l'hypocondre droit, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids incommode. L'hépatite chronique peut même exister depuis longtemps, sans qu'aucun signe précis en ait révélé l'existence; très-souvent la douleur de l'hypocondre en est l'unique symptôme, et dans quelques cas on n'est porté à en soupçonner l'existence que par une vive démangeaison de la peau sans éruption. Il peut arriver enfin que les symptômes d'inflammation gastro-duodénale prédominent au point de masquer ceux de l'hépatite chronique, qui ne se décèle que par l'accroissement du volume du foie.

Une terminaison fréquente de l'hépatite chronique est la suppuration, qui, dans un très-grand nombre de cas, s'opère à l'insu du malade et du médecin. Dans d'autres cas, la suppuration s'annonce par des signes non équivoques, tels que des frissons et des sueurs revenant irrégulièrement. Les abcès qui se forment alors présentent les mêmes phénomènes que dans l'hépatite aiguë.

Traitement. Si l'hépatite est assez vive pour produire la fièvre, il faut la traiter comme l'hépatite aiguë, c'est-à-dire par la méthode antiphlogistique. Ainsi, les saignées, les cataplasmes émollients sur l'hypocondre droit, la diète, les boissons acidules, les lavements émollients, les bains tièdes, enfin les révulsifs et de légers purgatifs doivent composer tout le traitement.

M. Bonnet, auteur d'une bonne monographie sur les maladies du foie, expose ainsi le traitement de l'hépatite chronique :

« Le traitement de l'hépatite chronique ne diffère de celui de l'hépatite aiguë qu'en ce qu'il doit être beaucoup moins énergique : c'est ainsi que la saignée générale n'est pas indiquée dans ce cas, et qu'il vaut mieux recourir aux émissions sanguines locales souvent réitérées. On applique un petit nombre de sangsues chaque fois ; mais il faut y revenir fréquemment. Les lieux où on les met sont l'épigastre, l'hypocondre droit, et la marge de l'anus, si l'hépatite succède à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorroïdal. Les cataplasmes émollients, la diète, les boissons acidules, les lavements, les bains tièdes

et les purgatifs salins sur la fin, sont également indiqués; mais, je le répète, le traitement doit être moins énergique que dans l'hépatite aiguë; il importe de tenir compte de l'ancienneté de la phlegmasie, du degré de dépérissement du malade, et du genre de médication qui a été déjà mis en usage. Une chose qu'on ne saurait assez recommander surtout, c'est qu'il ne faut pas insister sur les débilitants. Lorsqu'après les avoir employés d'une manière proportionnée aux forces du sujet et à l'intensité du mal, on s'aperçoit qu'ils ne produisent aucune amélioration sensible, il est prudent d'y renoncer. L'art nous offre d'ailleurs alors une ressource puissante qu'on aurait tort de négliger : je veux parler des moxas, des cautères ou des sétons appliqués sur la région hypocondriaque droite; ces moyens sont quelquefois suivis des plus heureux résultats.

« L'une des principales causes du peu de succès qu'on a obtenu jusqu'ici dans le traitement de l'hépatite chronique, c'est qu'on a l'habitude de la combattre par une foule de remèdes, tels que le *protochlorure de mercure*, le *diagrède*, la *gomme-gutte*, l'*extrait de trèfle d'eau*, le *carbonate de potasse*, la *scille*, l'*ellébore*, la *rhubarbe*, la *térébentine*, les *savonneux*. Ces substances médicamenteuses, qui figurent toutes en première ligne parmi les agents thérapeutiques qu'on appelle *fondants*, *désobstruants*, etc., ont pour propriété spéciale d'irriter fortement les voies digestives, et, par cela même, ne peuvent être que nuisibles.

« Les emplâtres de Vigo, ceux de ciguë, tous ces emplâtres, en un mot, préconisés sous le titre de fondants, n'ont jamais peut-être produit une modification avantageuse.

« Les vésicatoires volants, conseillés par quelques médecins, sont des moyens trop peu actifs pour être utiles.

« Les eaux minérales, enfin, tant vantées même de nos jours, ne sont en général que d'un faible secours. Prises à l'intérieur, elles n'agissent qu'en stimulant la membrane muqueuse gastro-intestinale. Employées sous forme de bains, elles n'ont d'autre effet que d'augmenter les fonctions de la peau. On voit qu'il n'est guère possible de compter sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Si l'on jugeait à propos, néanmoins, d'en faire usage, il faudrait donner la préférence aux eaux qui contiennent beaucoup d'acide carbonique ou des hydrosulfures, ne les ordonner que de temps à autre, et avoir soin de s'arrêter avant qu'elles ne déterminent la diarrhée.

« L'observation des règles de l'hygiène est de la plus grande importance dans le traitement de l'hépatite chronique. C'est en vain qu'on aura recours aux émissions sanguines, aux topiques émollients, aux cautères et aux moxas : tous ces moyens échoueront si l'on n'en seconde l'action par un régime bien entendu. Je ne dis pas qu'il faille toujours prescrire une diète sévère : la diète n'est de rigueur que lorsqu'il survient une exacerbation, et que cette exacerbation surtout s'accompagne de vomissements; mais on ne doit permettre que des aliments légers et pris dans le règne végétal. La nature semble elle-même indiquer quel est le genre d'alimentation qui convient le moins en pareille occurrence. On sait que le goût des substances acidules, des fruits, est presque un symptôme des affections chroniques du foie; les boissons que les malades prennent avec le plus de plaisir sont celles qui ont une saveur acide, telles qu'une limonade faible, l'eau de groseilles, de cerises, l'orangeade, etc. La marche qu'on a à suivre se trouve donc toute tracée; le médecin n'a autre chose à faire qu'à ne pas s'en écarter.

« On recommandera également l'usage journalier d'un exercice modéré. Quant aux voyages sur mer ou dans une voiture rude, et au passage d'un pays chaud dans un pays plus froid, il est impossible qu'un individu s'y abandonne sans que son régime en souffre beaucoup, et cet inconvénient suffit seul pour contre-balancer les faibles avantages qu'on pourrait en retirer. »

HÉMORRAGIES DU FOIE.

Lorsque le foie est devenu le siége d'une inflammation aiguë plus ou moins forte, ou d'une congestion passive, il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs des vaisseaux artériels ou veineux qui entrent dans sa structure se rompent; et, alors, ou le sang, après s'être épanché dans l'intérieur du parenchyme hépatique, s'y creuse une cavité et y séjourne, ou il a achevé de déchirer ce parenchyme et se répand dans le bas-ventre, ou bien, enfin, il se fraye une route dans les canaux excréteurs de la bile, gagne le duodénum, et est ensuite rejeté par les vomissements ou par les selles.

« Dans les deux premiers cas, l'hémorragie qui nous occupe n'a jamais été reconnue qu'après la mort, et dans le dernier on ne peut qu'en soupçonner l'existence pendant la vie, car nous ne possédons aucun moyen de distinguer si le sang qui est expulsé par le tube digestif provient de l'appareil biliaire ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale. »

II[e] CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

1° MODIFICATIONS DANS LA QUANTITÉ DE LA BILE. — *A*. AUGMENTATION.

HYPÉRÉMIE BILIEUSE.

Dans plusieurs circonstances, sans qu'il y ait hépatite ou hypérémie du foie, sans qu'il y ait gastro-entérite, comme l'ont bien remarqué les médecins anglais, la seule maladie qui

existe est une augmentation inexplicable dans la sécrétion biliaire, qui se produit soit spontanément chez les individus à tempérament bilieux, soit sous l'influence de l'entrée dans un pays chaud.

Symptômes. Le principal est une diarrhée bilieuse qui n'est pas occasionnée alors par une gastro-entérite, surtout quand il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni pesanteur épigastrique, mais seulement abattement, malaise, anorexie, céphalalgie intense, et fièvre continue rémittente ou intermittente.

Le *traitement* consiste à s'opposer à cette augmentation de sécrétion de la bile, par une alimentation végétale ou la diète, et, si cela ne suffit pas, par l'emploi de vomitifs ou de purgatifs.

M. Littré, après avoir exposé les raisons qui lui font admettre cet état de surabondance de la bile, de *polycholie,* ajoute : « Il est assez difficile de dire à quelle condition organique il tient. Est-ce à une hépatite légère? Mais, outre qu'on n'a aucune autopsie à apporter en faveur de cette opinion, on remarquera que les vomitifs et les purgatifs sont les remèdes qui guérissent le mieux. Est-ce à une irritation de l'estomac et de l'intestin? Mais il est bien probable que l'irritation de ces réservoirs est due à la présence d'une bile plus abondante qu'à l'ordinaire, puisque les évacuants qui emportent la bile emportent aussi l'irritation. On peut croire que, sous certaines conditions de climat, de chaleur et d'alimentation, il s'établit un flux plus copieux de bile, ainsi qu'on voit l'urine couler en quelques circonstances plus que d'habitude, sans qu'on puisse reconnaître une néphrite.» (Dictionn. de méd., tom. v.)

D'un autre côté, M. Roche a vigoureusement combattu ces opinions : il se demande : « La bile *non altérée* peut-elle produire des maladies, soit par sa surabondance, soit par sa métastase sur les organes?

« Quand on voit un individu ayant la bouche amère, la langue recouverte d'un enduit jaunâtre, du dégoût pour les aliments, des nausées continuelles, etc., être débarrassé de ces symptômes par le vomissement spontané ou provoqué d'une plus ou moins grande quantité de bile jaune, il paraît tout naturel d'en conclure que cet individu avait trop de bile. C'est aussi la conséquence que l'on a tirée, dès la plus haute antiquité, de l'observation de ce fait, dont la pratique de la médecine offre d'assez fréquents exemples. Les gens du monde, et avec eux quelques observateurs superficiels (1) en tirent toujours encore la même conclusion. Cependant, en analysant toutes les circonstances de ce fait, le plus favorable peut-être de tous à la théorie de la pléthore bilieuse, on s'aperçoit bientôt que cette conclusion est fausse. En effet, si l'on voit fréquemment disparaître les symptômes que nous avons indiqués, à la suite d'une évacuation plus ou moins considérable de bile, on les voit tout aussi souvent peut-être persister et même s'accroître après cette évacuation, ou bien céder à quelques jours de diète et de boissons acidules ou à des émissions sanguines, sans qu'aucune évacuation biliaire ait lieu. Ni dans l'un ni dans l'autre cas, il n'est possible d'admettre que la présence de la bile soit la cause des accidents, puisque, dans le premier, l'expulsion de ce liquide ne les fait pas cesser, et que, dans le second, ils se dissipent, sans que cette prétendue cause soit enlevée. Or, des symptômes semblables ne sauraient dépendre de causes différentes, et celle qui n'en rend pas raison dans tous les cas n'est pas la véritable ; ce n'est donc pas à la surabondance de la bile qu'il faut les attribuer. La physiologie pathologique vient d'ailleurs nous donner une explication plus large et plus vraie de ces phénomènes morbides. Elle nous enseigne que la sécrétion de la bile ne peut être accrue que sous l'influence d'une surexcitation directe ou sympathique du foie, et que c'est par conséquent à cette cause qu'il faut toujours remonter, au lieu de s'arrêter superficiellement à l'un des ses effets. Ce n'est pas au rejet d'une certaine quantité de bile que cette surexcitation hépatique cède quelquefois, mais à une sécrétion rapide et abondante de ce liquide, ainsi qu'aux autres sécrétions que les efforts du vomissement provoquent, comme dans d'autres cas elle cède à la sédation directe ou sympathique de l'organe par les antiphlogistiques. Enfin l'anatomie pathologique, en nous montrant les traces de cette surexcitation, lorsque les accidents se sont accrus et ont entraîné la mort, achève de prouver que la bile n'est pour rien dans la production des phénomènes morbides.

Jusqu'ici nous avons raisonné dans l'hypothèse que la bile surabondante et *non altérée* existait dans l'estomac, et nous avons prouvé, ce nous semble, que sa présence dans cet organe ne peut pas produire les accidents qu'on lui attribue. Mais on nous objectera que les partisans éclairés des théories bilieuses conçoivent aujourd'hui la surabondance de la bile, la pléthore bilieuse, la *polycholie,* comme ils l'appellent, d'une autre manière que nous venons de l'indiquer; ils pensent que les éléments de la bile préexistent dans le sang à la sécrétion du foie, et que la polycholie consiste dans la surabondance de ces éléments. Sylvius (de Le Boë) est l'auteur de cette théorie, reproduite par Stoll, un siècle

(1) Il est bien entendu que nous n'acceptons pas la responsabilité de cette épithète, que M. Roche n'a certainement pas voulu appliquer ni au savant professeur dont nous reproduisons les leçons, ni à un observateur aussi exact que M. Littré. A. L.

plus tard, avec quelques modifications. Cette opinion soutient encore moins l'examen que la précédente. Elle repose d'abord sur une supposition gratuite; car aucune analyse chimique, digne de quelque confiance, n'a pu signaler encore, dans le sang, la présence des éléments de la bile : mais on les y rencontrerait, que cela ne prouverait rien encore. Il faudrait démontrer que cette bile n'a pas été préparée par le foie, puis absorbée, comme dans l'ictère, et transportée de la sorte dans le torrent circulatoire. Or, il n'est aucun moyen de prouver une pareille assertion; car, quel que soit l'instant qu'on choisisse pour tirer du sang et l'analyser, cet instant a toujours été précédé par un travail de sécrétion de la part du foie, et il sera toujours plus naturel d'admettre que la bile préparée par cet organe a été absorbée et mêlée au liquide circulatoire, que de supposer, contre toutes les lois de la physiologie, que ce liquide ou ses éléments, car c'est tout un, puissent préexister au travail de l'organe chargé de sa préparation. Voit-on la salive, le lait, l'urine, etc., préexister à l'action des parotides, des mamelles et des reins? A-t-on jamais trouvé leurs éléments circulant avec le sang, dans des circonstances où il soit impossible d'admettre qu'ils aient été absorbés? Mais allons plus loin. Supposons qu'après avoir démontré, par des analyses chimiques irrécusables, l'existence des éléments de la bile dans le sang, on parvînt à prouver que ces éléments se sont formés au sein de ce liquide, indépendamment de tout travail sécrétoire de la part du foie, il resterait encore à établir que c'est à leur présence dans le torrent circulatoire que sont dus les symptômes dont on les accuse. Mais comment le prouver en présence des faits nombreux qui démontrent le contraire? Ne voit-on pas tous les jours, dans l'ictère, la bile absorbée, charriée partout avec le sang, imprégnant de sa couleur tous les organes et tous les liquides excrétés et cependant ne donner lieu, par sa présence, à aucun phénomène morbide? Comment croire, dès lors, que les éléments de ce liquide, en si petite quantité qu'ils échappent aux analyses les plus savantes, puissent provoquer des accidents morbides, que le liquide lui-même, *en nature*, ne fait pas naître? Une pareille supposition n'est pas admissible. Ainsi donc, en faisant aux partisans de la théorie de la pléthore bilieuse les plus larges concessions, elle ne s'en écroule pas moins devant les faits les plus simples d'une observation journalière. Et, quand on songe que, pour la soutenir, il faut *supposer* l'existence des éléments de la bile dans le sang, *supposer* la préexistence de ces éléments à l'action de l'organe chargé de leur préparation, *supposer* encore que leur présence produit réellement les symptômes qu'on leur attribue, et cela, en l'absence de toute donnée chimique un peu précise, en opposition avec les lois les plus positives de la physiologie, malgré le démenti formel de l'observation, on s'étonne qu'une pareille théorie trouve encore aujourd'hui des défenseurs, précisément parmi les hommes qui affichent un dédain profond pour toute explication théorique, et se disent exclusivement fidèles aux faits et à la saine observation.

« Concluons donc que la bile *non altérée* ne peut produire aucune maladie par sa surabondance; ajoutons ni par sa métastase, car l'ictère nous en fournit tous les jours la preuve incontestable. » (Dictionnaire en 15 volumes, tome IV.)

A. DIMINUTION DE LA BILE.

C'est un état dont on parlait beaucoup il y à vingt ans, dont on parle encore beaucoup en Angleterre, et que les médecins français négligent trop. Il est caractérisé par la décoloration des selles, leur rareté, le trouble de la digestion, la dyspepsie ; il dure plus ou moins longtemps, et il doit être combattu par les purgatifs amers, et spécialement par l'aloès et le calomel.

B. PERVERSION DES QUALITÉS DE LA BILE.

M. Magendie, en modifiant la nourriture des herbivores et des carnivores, est parvenu à rendre la bile des premiers analogue à celle des seconds, et *vice versâ;* il a ainsi prouvé qu'une modification dans la nourriture pouvait modifier la bile. On a été jusqu'à dire, fondé sur une expérience de Morgagni, que, dans certaines maladies, la bile acquiert des propriétés malfaisantes. Cette modification des principes de la bile a-t-elle de l'influence sur l'économie? Voici des faits curieux rassemblés par M. Littré, mais qui malheureusement ne répandent pas une grande lumière sur cette question.

Chez un enfant mâle, qui était mort de spasme pendant un accès de fièvre intermittente, Morgagni trouva épanchée, dans l'estomac et les intestins, de la bile, qui donnait une teinte violette à l'instrument tranchant. Des oiseaux qui furent blessés avec cet instrument périrent, de même que d'autres aussi auxquels on fit manger du pain trempé dans cette bile.

M. Hermann a trouvé que la bile des cholériques contient une plus grande quantité de résine que dans l'état normal.

M. Orfila a analysé la bile d'un individu atteint de *fièvre bilieuse grave*, avec ulcérations de la membrane muqueuse intestinale; la matière résineuse était évidemment altérée; car elle avait une saveur excessivement amère

et âcre; il suffisait d'en mettre un atome sur la lèvre pour faire naître des ampoules très-douloureuses.

Deidier, professeur à l'Université de Montpellier, a publié des recherches sur la bile des personnes qui succombèrent à la peste de Marseille. Chez tous les pestiférés de tout âge et de tout sexe il a trouvé la vésicule du fiel diversement affectée, livide, noire, ou attaquée par le charbon, toujours remplie d'une bile ou très-verte ou noirâtre. Voici les termes de l'auteur : « La bile tirée de la vésicule du fiel de cadavres pestiférés, ayant été versée dans une plaie faite exprès à différents chiens, les a rendus d'abord tristes, assoupis, fort dégoûtés. Tous ces animaux sont morts du troisième au quatrième jour, avec les marques essentielles d'une véritable peste, désignée par des bubons, des charbons et des inflammations gangréneuses aux viscères, de même que les cadavres humains dont la bile avait été tirée.

« Une drachme de la même bile pestiférée ayant été détrempée dans deux onces d'eau de fontaine tiède, et injectée dans la veine jugulaire des chiens, les a fait périr en quatre heures, avec des inflammations gangréneuses, le cœur engorgé d'un sang noir et épais, le foie gonflé, et la vésicule du fiel pleine d'une bile verte.

« La même quantité de bile injectée par la veine crurale des chiens leur a causé un assoupissement d'environ une heure : ils ont été si fort dégoûtés, qu'ils n'ont absolument rien mangé ni bu depuis l'injection. Le troisième jour, il a paru des tumeurs fort considérables sous les aisselles et aux cuisses, à trois travers de doigt de la plaie. Celle-ci s'est gangrénée, et l'animal est mort, ordinairement le quatrième jour, avec toutes les marques de la peste.

« Un chien de l'hôpital du Mail, à Marseille, suivait les chirurgiens lors des pansements; il avalait toutes les glandes pourries, il léchait le sang qu'il trouvait répandu par terre dans l'infirmerie; il avait fait ce manége pendant trois mois, et jouissait toujours d'une parfaite santé. Nous injectâmes dans le sang du chien, par la veine crurale de la cuisse droite, une drachme de bile pestiférée détrempée dans deux onces d'eau tiède : il périt le quatrième jour comme tous les autres, avec un bubon à la cuisse droite, où il survint encore deux charbons, et la plaie se gangréna.

« Nous ramassâmes la bile d'un de ces chiens morts de la peste, et nous l'injectâmes dans le sang d'un autre chien par la veine crurale. Celui-ci eut d'abord, après l'injection, des mouvements convulsifs universels, qui furent suivis d'un assoupissement léthargique. Le lendemain, il parut un charbon sur le grand pectoral droit; le troisième jour, il s'éleva un bubon très-considérable à la cuisse, et l'animal mourut le même jour. Par l'ouverture du chien, nous trouvâmes le devant de la poitrine tout gangréné au-dessus des téguments, et dans l'intérieur les viscères engorgés d'un sang noir et épais comme dans tous les autres.

« Nous fîmes avaler de la bile pestiférée à deux chiens à plusieurs reprises et en assez grande quantité : ces animaux parurent tristes et dégoûtés; ils urinaient fort souvent, surtout dès qu'on les touchait; leur urine était très-trouble et très-puante, et leurs excréments furent teints de la bile verte qu'ils avaient avalée. Mais, quelques jours après, les accidents disparurent, et ces deux chiens, bien rétablis, jouissaient d'une parfaite santé, quoiqu'ils restassent dans une cave de la pharmacie, où ils communiquaient avec tous les autres chiens que nous pestiférions, et qui étaient enfermés dans la même prison. »

M. Roche, après avoir conclu, comme nous l'avons rapporté, que la bile non altérée ne peut produire aucune maladie par sa surabondance, se demande s'il en est de même de la bile altérée. « Avant, dit-il, de répondre à cette seconde question, voyons quelles sont les altérations dont la bile est susceptible, et sachons si ces altérations peuvent être primitives, ou sont toujours consécutives aux désordres du foie.

« La science possède à peine quelques analyses chimiques de la bile dans l'état de maladie; il n'en existe pas surtout de comparatives dans les diverses affections où on la suppose altérée; ce qui serait cependant indispensable avant de vouloir bâtir des théories sur les altérations de ce liquide et les maladies qui en dépendent. Tout est à peu près à faire sur ce point.... Mais, à défaut d'analyses chimiques concluantes, on ne manque pas d'observations de tout genre qui ont fait connaître, quoique imparfaitement, plusieurs altérations très-marquées de la bile. On trouve, en effet, dans les auteurs, des exemples nombreux de bile noire, grisâtre ou incolore, épaisse, visqueuse, poisseuse, concrète, ou claire et d'une faible densité; âcre, acide, piquante, corrosive, etc. Quant au fait de Morgagni cité plus haut, M. Roche ajoute : « Si un pareil fait se passait de nos jours, quel est le médecin qui, jusqu'à preuve du contraire, ne soupçonnerait pas que le malade est mort empoisonné? » Cette preuve, Morgagni ne l'a pas cherchée : nous ne pouvons donc tenir aucun compte de son observation, et nous attendons de nouveaux faits pour croire que la bile puisse acquérir des qualités vénéneuses.

« Les altérations de la bile étant constatées, il nous reste à examiner maintenant, ainsi que nous l'avons dit précédemment, si elles peuvent être primitives, ou bien si elles sont toujours consécutives à des modifications de

l'organe sécréteur. L'observation directe ne peut ici nous être que d'un faible secours; car, alors même que, dans tous les cas où l'on trouve la bile altérée, on rencontrerait le foie malade, ce qui est loin d'avoir lieu, il serait toujours difficile, dans beaucoup de cas, de dire d'une manière positive, laquelle des deux altérations est cause ou effet. L'analogie vient heureusement nous prêter ses lumières. En observant comment s'opèrent les altérations des autres fluides sécrétés, nous voyons qu'elles succèdent presque constamment aux altérations des organes. Ainsi les larmes ne deviennent âcres et irritantes que dans l'ophthalmie; le mucus nasal n'acquiert de semblables propriétes que dans le coryza; celui des bronches et de leurs ramifications ne s'altère que sous l'influence des bronchites et des pneumonies, etc. Mais on voit aussi quelquefois certaines sécrétions être modifiées sans qu'aucun changement se soit opéré dans les organes chargés de leur préparation. Qui ne sait, par exemple, que le lait acquiert des qualités différentes, suivant le genre d'alimentation; qu'il contracte facilement les propriétés de la plupart des médicaments; enfin, qu'il devient souvent un aliment très-dangereux, et donne de violentes convulsions aux enfants, après un accès de colère ou une vive frayeur éprouvés par la mère? Or, il est permis, ce nous semble, de tirer de ces faits la conséquence toute naturelle que les altérations de la bile sont, dans le plus grand nombre des cas, consécutives aux altérations du foie, mais que, dans quelques autres, elles peuvent être primitives. Il importerait donc de déterminer à quelles modifications de l'organe sécréteur correspondent telles ou telles modifications du produit; ce travail est tout entier à faire. Reste aussi à rechercher les circonstances dans lesquelles le produit s'altère indépendamment de tout changement dans l'organe; et l'on ne possède que des données vagues sur ce point. Voici tout ce qu'on sait à cet égard. On croit généralement que les alcalis ont la propriété de rendre la bile plus liquide, et que les acides, au contraire, l'épaississent. On a remarqué qu'elle devient visqueuse, d'un vert foncé, quelquefois même noirâtre, presque toujours très-fétide, sous l'influence du calomel à hautes doses; c'est du moins ce que nous avons observé un très-grand nombre de fois. Enfin, les chagrins subits et la colère exercent souvent une influence marquée et très-rapide sur sa composition; il survient assez fréquemment, à leur suite, une jaunisse qu'accompagne ordinairement une vive sensation de picotement sur toute la peau.

« Combien il y a loin de ces données incomplètes à celles qu'il faudrait posséder pour pouvoir apprécier convenablement le rôle de la bile altérée, dans les maladies! A peine a-t-on fait quelques analyses chimiques, lorsqu'il aurait fallu les répéter par centaines; et telle est d'ailleurs l'imperfection de nos moyens d'analyse des matières animales, que nous ne sommes pas même certains de connaître la composition normale de la bile..... L'observation directe, celle qui ne s'attache qu'aux propriétés physiques, semble, au premier abord, fournir des renseignements plus positifs; mais qu'elle est loin encore de jeter le moindre jour sur le problème qui nous occupe! Sait-on si les biles noires, vertes, âcres, acides, corrosives, poisseuses, etc., exercent quelque influence sur les maladies dans lesquelles on les observe? Les font-elles naître? Se bornent-elles à les accroître, ou n'en sont-elles que les effets? A-t-on fait une seule recherche pour savoir à quelle maladie correspond telle altération de la bile? Enfin, aux faits qui constatent que la bile acquiert dans les *fièvres bilieuses graves* des propriétés tellement irritantes, qu'elle phlogose la bouche et les lèvres du malade, et même, s'il faut en croire certains auteurs, les mains des personnes qui les soignent, ne peut-on pas opposer les expériences courageuses, et non contestables du moins, des Audouard, des Chervin, etc., qui ont pu déguster et même boire impunément la bile vomie par des individus atteints de *fièvre jaune*, la plus grave sans doute des *fièvres bilieuses?* » (*Loc. cit.*)

DES CALCULS BILIAIRES.

Ce sont des productions dues à une modification de la bile dans la nature ou la quantité de ses principes immédiats.

Les calculs biliaires sont très-variables sous le rapport de leur composition, de leur forme, de leur volume, de leur nombre et de leur siége. Examinons rapidement toutes ces différences.

Composition. Cholestérine et matière colorante mêlées ensemble dans des proportions diverses, telle est la composition la plus fréquente des calculs biliaires; ils peuvent cependant ne contenir que l'une ou l'autre de ces substances seules. Il arrive aussi qu'ils contiennent du mucus biliaire coagulé, et qu'ils soient imbibés de bile qui se dessèche dans leurs interstices après qu'on les a retirés du corps.

On a quelquefois trouvé, dans la cholestérine et la matière colorante des calculs biliaires, des quantités considérables de phosphate et de carbonate calciques.

Il en est qui paraissent consister principalement en charbon, car, après qu'on a enlevé par les dissolvants ordinaires, tels que l'eau, l'alcool, l'éther, les acides et les alcalis, une petite quantité de matières solubles dans ces réactifs, il reste une masse insoluble, foncée en couleur et insipide, qui ne subit pas d'alté-

ration quand on la fait rougir dans un appareil distillatoire, et qui, d'après les expériences de Powel, lorsqu'on la chauffe dans du gaz oxygène, donne d'abord une légère trace de fumée, après quoi elle prend feu et brûle sans flamme ni résidu, avec formation de gaz acide carbonique.

Propriétés physiques. Leur couleur est variable suivant la quantité de matière colorante qu'ils contiennent et la teinte de cette matière elle-même. Ceux qui sont composés en presque totalité de cholestérine sont blancs et cristallins. La plupart du temps, ils sont cassants et faciles à réduire en une poudre grasse au toucher. Leur forme est ordinairement arrondie; mais si, comme le cas arrive fréquemment, il s'en trouve plusieurs à la fois dans une vésicule biliaire, ils offrent des facettes correspondantes le plus souvent aux points où ils se touchaient mutuellement. Ordinairement, ils sont plus légers que l'eau.

Les gros calculs biliaires sont ovalaires, oblongs; quelques-uns sont arrondis, mais rarement d'une manière uniforme; ceux de moyenne grosseur et les petits sont angulaires, cubiques, triangulaires, à surface polie; d'autres l'ont inégale, raboteuse ou tuberculeuse.

La plupart sont noirâtres ou bruns à l'extérieur, et jaunes intérieurement; d'autres sont verdâtres, gris ou blanchâtres : on en a vu de couleur blanc mat; il y en a de marbrés ou mélangés de jaune, de blanc et de vert. Les uns ont une écorce composée de plusieurs couches, et pour noyau une concrétion jaunâtre avec ou sans filets radiés; les autres sont cristallins, striés, lamellés, brillants; avec ou sans écorce de concrétion de bile. Ils se présentent quelquefois sous forme de sable, que les malades rendent en très-grande quantité.

Nombre et volume. Rarement il n'existe qu'un seul calcul dans la vésicule : le plus ordinairement elle en contient plusieurs. Des auteurs disent en avoir compté 60, 200, 500, 700, 1,000 2,000 et même plus de 3,000. Il y en a qui ne sont pas plus gros qu'un grain de sable; on en voit dont la grosseur approche de celle d'un œuf de poule, et même de plus volumineux encore. Ainsi, Meckel en a décrit un qui avait 5 pouces et demi de long, 4 pouces et demi dans sa plus grande circonférence, et pesait une once 6 gros.

Siége. Ces calculs peuvent se trouver 1° dans les conduits biliaires à l'intérieur du foie; 2° dans l'un des trois canaux excréteurs; 3° dans la vésicule; 4° hors des voies biliaires et dans les voies digestives, soit au-dessus, soit au-dessous du canal cholédoque et jusque dans l'estomac; 5° enfin, dans le péritoine, à la suite d'une perforation de la vésicule.

Causes. Les calculs biliaires sont beaucoup plus communs chez les vieillards que chez les jeune gens. Depuis que MM. Guersent et Jadelot sont chargés du service de l'hôpital des Enfants malades, ils n'en ont pas rencontré un seul cas chez les enfants.

D'après Hoffman, Haller et Sœmmering, les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et chez elles les calculs biliaires se forment surtout à leur temps critique. Il est généralement admis que la production en est favorisée par une vie sédentaire et par l'absence des exercices corporels, et que les gens de lettres, les personnes tristes et mélancoliques, les prisonniers, les gens qui vivent dans la retraite et le repos y sont plus prédisposés que les autres.

Il paraît que l'hiver favorise la production des calculs biliaires.

Quant aux autres causes, elles sont fort obscures. On a accusé les aliments grossiers, indigestes, farineux et acides, mais tout cela sans un fondement solide.

Par quel procédé chimique le calcul se dépose-t-il? Est-il dû à une surabondance de cholestérine, à une altération du sang? Est-ce une phlegmasie des voies biliaires qui favorise les dépôts de cholestérine? Ces dépôts sont-ils favorisés par une lésion de la vésicule, dans laquelle il se formerait de petits diverticules qui deviendraient le point de départ de la coagulation de la bile? Enfin, leur production serait-elle due à certains dérangements digestifs qui, engendrant des acidités dans les premières voies, feraient précipiter la bile, en s'introduisant par le canal cholédoque? Toutes ces opinions, ou plutôt ces hypothèses, ont été soutenues, mais sans la seule autorité irrécusable, celle des faits.

Symptômes. Il est surabondamment prouvé, par un très-grand nombre d'observations, que les calculs peuvent rester renfermés pendant longtemps, et même toute la vie, dans la vésicule biliaire, sans causes d'accidents. Quand ils grossissent ou qu'ils s'y multiplient, ils peuvent la soulever près du rebord du cartilage des côtes, en sorte qu'on peut sentir les pierres sur les sujets maigres.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les calculs s'engageant dans les canaux biliaires qu'ils irritent et enflamment, déterminent des accidents plus ou moins intenses.

L'existence de calculs biliaires récemment formés ne donne, dans le principe, que des signes très-vagues et très-incertains. Quelquefois ce sont des douleurs dans l'épigastre et la partie du dos correspondante; d'autres fois ce sont des vomissements revenant à des intervalles éloignés et devenant promptement périodiques comme les douleurs. En même temps, une teinte jaunâtre se répand sur la peau des malades, et la douleur du dos se prolonge parfois dans le sein droit, le cou et

l'épaule du même côté, ou bien encore elle se propage suivant la direction des conduits hépatiques, circonstance qui peut aider le diagnostic.

Bientôt des accidents beaucoup plus graves surviennent; les douleurs se réveillent, s'accroissent, l'épigastre et l'hypocondre deviennent si sensibles que le poids du moindre vêtement est douloureux; les malades vomissent de la bile pure, la peau et les yeux se couvrent de plus en plus d'une couleur jaunâtre. Cependant il n'y a pas de fièvre, et cette circonstance, liée à la présence de l'ictère et de vives douleurs, doit faire soupçonner que la cause des désordres est due à la présence des calculs.

Plus la maladie s'éloigne de l'époque du début, plus elle tend à devenir périodique, à se renouveler à des distances plus ou moins éloignées, et à s'aggraver sans cesse. Il est des malades à qui les accès de cette maladie ne laissent pas un seul moment de repos; ils ne peuvent trouver une position qui allège leurs souffrances. Voici le tableau qu'en a tracé M. Littré : « Les uns s'agitent continuellement, tourmentés par des anxiétés inexprimables; les autres s'accroupissent, se roulent sur eux-mêmes, se plient en deux, ou se compriment fortement l'épigastre, ou se livrent à un balancement régulier pour tromper la douleur. La face est très-altérée, les yeux cernés; l'estomac ne peut supporter aucun aliment, quelquefois pas même de boissons. La gorge est sèche, douloureuse, resserrée, et la langue jaunâtre; la bouche pâteuse, empoisonnée par un goût amer de bile. Il y a pour l'ordinaire constipation; les urines sont jaunes, épaisses, et contiennent un dépôt noirâtre et huileux; la sueur, quand elle se manifeste, teint le linge en jaune. Les accès sont le plus souvent de peu de durée, surtout dans le commencement de la maladie; mais, plus tard, on en observe de plus longs; il en est qui durent plusieurs jours de suite et qui mettent le malade dans un grand danger de perdre la vie. A la suite de ces longs accès, il se manifeste quelquefois de la fièvre et des signes non équivoques d'inflammation; il survient aussi un amaigrissement considérable, effet inévitable de la douleur, de l'insomnie et de l'impossibilité de prendre des substances tant soit peu nutritives. Très-souvent, les malades, soit à la suite d'accès très-prolongés, soit par l'effet des purgatifs, rendent par les selles de nombreux calculs.

« Les plaintes et les lamentations auxquelles s'adonnent les malades affectés de calculs biliaires, les souffrances qu'ils expriment dans une anxiété extraordinaire et l'accent du désespoir, prouvent que leur état est un des plus douloureux qu'on puisse supporter. » (*Loc. cit.*)

Plus l'accès est long, plus les désordres qui le suivent sont considérables. Après les accès de courte durée, les malades ne ressentent plus aucune douleur et peuvent reprendre leurs occupations habituelles. La jaunisse et les autres symptômes se dissipent, et il ne reste plus qu'une susceptibilité plus ou moins longue des voies digestives.

L'évacuation du calcul par les selles est le signe pathognomonique de cette maladie. Le retour fréquent et irrégulier d'accès qui portent sur le foie et sur les voies biliaires est aussi un signe très-important et qui doit faire distinguer cette affection, qui d'ailleurs s'accompagne toujours de fièvre.

Il est extrêmement difficile de diagnostiquer dans quelle portion des voies biliaires existent les calculs. Voici ce qu'on peut dire de plus général. Quand ils siégent dans l'intérieur du foie, les symptômes sont nuls, à moins que les calculs ne soient très-volumineux. Quand ils sont dans les canaux cholédoque ou hépatique, les calculs obstruent ces conduits, déterminent l'ictère et une douleur habituelle et intermittente pouvant devenir très-vive; après quoi, les calculs expulsés, tous les symptômes cessent : quand ils existent dans la vésicule, très-souvent les symptômes sont nuls; cependant, quand ils y sont en grand nombre, ils peuvent, dans quelques cas, déterminer, comme corps étrangers, l'inflammation et même l'ulcération de cette poche membraneuse, son adhérence avec la paroi abdominale, ou bien ils peuvent distendre la vésicule, au point de la rendre percevable sous les téguments, sous la forme d'une tumeur pyriforme.

Le *pronostic* de cette affection est souvent fort grave. Si quelquefois la présence de calculs dans les voies biliaires ne détermine aucun accident, bien plus souvent elle produit la colique hépatique qui cause de violentes souffrances, et peut faire succomber les malades. Ils peuvent, comme nous l'avons dit, amener l'ulcération de la vésicule, la rupture des canaux, des abcès qui vont s'ouvrir au dehors, et des péritonites mortelles.

Traitement. Calmer les spasmes et les douleurs, déterminer la fonte et l'évacuation des calculs, combattre l'inflammation si elle se manifeste, voilà les trois indications qu'il faut remplir.

Pour la première indication, c'est-à-dire pour calmer les douleurs, bien des moyens ont été proposés. Les uns emploient l'opium; il rend peu de services; les autres, l'eau de laurier-cerise avec la teinture thébaïque, recommandée surtout par Hufeland. M. Bricheteau recommande la teinture de castoréum à petites doses, administré dans une potion antispasmodique. Il s'est aussi très-bien trouvé de l'application de la glace sur l'hypocondre droit.

On a aussi employé, avec succès, les bains tièdes longtemps prolongés, concurremment avec les calmants et les narcotiques.

Pour faire évacuer les calculs, on a recours aux purgatifs, qui sont employés avec succès dans des cas pareils, pourvu, toutefois, qu'il n'y ait point de phlegmasie.

Pour fondre les calculs biliaires, on a tour à tour préconisé un grand nombre de remèdes. Nous ne parlerons ici que de la fameuse recette de Durande, médecin de Dijon, qui consiste dans un mélange de trois parties d'éther et de deux d'essence de térébenthine. Voici ce qu'en disent MM. Trousseau et Pidoux, dans leur Traité de thérapeutique :

Après avoir analysé le mémoire de Durande, ils disent : « Nous ne disputons à ces observations ni l'exactitude de leurs détails, ni l'importance de tous leurs éléments, ni leur authenticité, ni la précision du diagnostic pour un certain nombre au moins, ni même les avantages qu'ont retirés les malades du traitement employé. Il n'y a qu'une chose sur laquelle elles nous laissent dans le doute, et cette chose est précisément celle que Durande s'est obstiné à établir à si grands frais ; cette chose, c'est la propriété *dissolvante* du mélange d'éther et d'essence de térébenthine; car comment démontrer ce genre d'action? rien n'est plus difficile. Il ne faudrait rien moins que le concours de plusieurs circonstances qu'on ne peut rassembler que bien rarement; peut-être même ne l'ont-elles jamais été au degré nécessaire pour déterminer une conviction. Il faudrait, 1° avoir nettement constaté, dans la région correspondante au siége de la vésicule biliaire, une tumeur offrant au palper une résistance inorganique, si nous pouvons ainsi parler, une résistance pierreuse, une tumeur qui, comprimée ou percutée, laissât percevoir au toucher ou à l'oreille une sensation ou un bruit semblables a ceux que produisent, comme l'a observé J.-L. Petit, des noisettes qu'on froisserait dans un petit suc; 2° puis, que, dans telles conditions, le mélange de Durande fût pendant quelque temps administré, et que la tumeur disparût plus ou moins lentement, sans qu'il ait été possible de trouver des concrétions biliaires dans les matières évacuées par le malade. Il faudrait que de pareils phénomènes se répétassent un grand nombre de fois chez plusieurs individus; il faudrait suspendre le traitement et le reprendre; voir si la maladie ou plutôt la cause matérielle se conformerait à ces altérations, etc.... Hors de ces circonstances presque impossibles à réunir, il ne peut y avoir que doute et tout au plus vraisemblance, interprétation arbitraire, manière de voir. Combien pourtant les observations de Durande manquent de ces éléments indispensables de solution! Qu'y voit-on? des malades sujets à des dérangements fréquents de la digestion, pris de coliques hépatiques plus ou moins vives, de vomissements, de jaunisse pour la plupart; cette série d'accidents se renouvelant par intervalles, et chez le plus petit nombre s'accompagnant de quelques concrétions biliaires dans les selles rendues avant ou après le traitement. Celui-ci est institué selon les principes exposés plus haut; la médication classique ou rationnelle, comme on dit, précède, accompagne, et suit rigoureusement la médication prétendue spécifique et dissolvante, c'est-à-dire l'administration du mélange éthéré et térébenthiné; les malades sont notablement soulagés ou radicalement guéris. N'est-ce donc pas assez? Pourquoi ne pas se borner à constater cet effet, l'attribuant, comme cela peut être juste, à l'action du traitement, sans prétendre saisir l'intermédiaire entre le médicament donné et le résultat obtenu? Ce sage empirisme n'est-il pas préférable à une explication probablement erronée, explication qui n'a peut-être servi qu'à mettre en défiance contre les avantages du moyen proposé, parce que, nécessairement, on a dû souvent confondre le fait avec la théorie, et rejeter celui-là, parce que celle-ci paraissait funeste et absurde. Si le moyen est utile, et nous ne le nions pas, pourquoi ne pas se contenter de poser les conditions de cette utilité, au lieu d'avoir la vanité de trouver celles de son action intime, sans autre fruit que de discréditer ce moyen, en l'associant au sort éphémère de toute explication? Durande se fonde principalement sur ce que les calculs biliaires, mis en contact dans un vase avec son mélange, ou simplement exposés aux vapeurs qui s'en dégagent, deviennent bientôt friables, puis se dissolvent entièrement. Il n'est pas besoin d'insister sur le vice et l'insuffisance de l'analogie que ce fait le porte à établir. L'éther ou l'alcool seuls sont incapables, assure-t-il, de dissoudre ainsi les pierres hépatiques, et cependant plusieurs médecins, avant lui, se sont vantés d'obtenir avec ces liquides des résultats semblables aux siens. Mais une chose plus frappante encore dans les observations de Durande, c'est la rapidité d'action du remède et le caractère de l'élément de la maladie contre lequel cette action paraît surtout se manifester. En effet, c'est au symptôme *colique* que le remède en question s'attaque principalement, c'est ce symptôme qu'il est en possession de mieux calmer qu'aucun autre moyen. Or, se peut-il concevoir que la vertu dissolvante du mélange de Durande se développe en aussi peu de temps qu'il lui en faut pour dissiper la douleur hépatique? Une action altérante de ce genre (en la considérant comme possible dans l'espèce) suppose une opération lente, insensible, moléculaire, toutes conditions incom-

patibles avec l'instantanéité qu'on remarque dans la disparition d'un phénomène nerveux sous l'influence de l'éther térébenthiné. Nous savons bien que Durande, en vertu de l'idée qu'il s'était faite du mode d'influence de son remède, prescrit de le continuer pendant longtemps; mais indépendamment que cela ne prouve rien, puisque quelques-uns de ses malades qui n'ont pas suivi ce conseil n'ont pas essuyé de récidives, à plusieurs autres il ne faisait prendre ainsi que l'éther avec le jaune d'œuf, et nous apprenons de lui que l'éther n'a pas la propriété dissolvante des pierres biliaires. Enfin, de ces malades, les uns ont rendu des calculs, et chez ceux-là il n'a pas le droit d'invoquer la propriété dissolvante du remède; les autres n'en ont pas rendu, bien que plusieurs d'entre eux présentassent une série d'accidents qu'il était assez naturel de rattacher à l'existence des pierres biliaires, mais ici que d'obscurité! Des individus après des éruptions, des sécrétions accidentelles, des fonctions supplémentaires supprimées, des vieillards bilieux, mélancoliques, sont pris de symptômes d'indigestion, de langueur générale, de cachexie atrabilaire, de douleurs épigastriques ou hypocondriaques, de vomissements, de constipation ou de selles décolorées, d'urines lixivielles, d'ictère, etc., on les soumet, pendant un très-long temps, à une diète délayante, et, comme on disait autrefois, *altérante*, aux lavements laxatifs, aux boissons minoratives, apéritives, savonneuses, alcalines, aux eaux minérales de Seltz, de Vichy, au petit-lait, etc.; puis on leur donne le mélange volatil, et ils sont rétablis après une plus ou moins longue administration de cette médication achevée par des purgatifs, et le retour par intervalles au fameux mélange, etc... Comment démontre-t-on alors son effet dissolvant? parce que le cours de la bile s'est rétabli; que les selles du malade sont colorées, ou qu'il rend une bile noire et épaisse qu'on prétend être la matière du calcul redevenue fluide. Nous accordons, d'après notre propre observation, qu'il est certains dérangements des fonctions biliaires, caractérisés par des ictères inopinés, et qu'on ne peut rattacher à aucune lésion hépatique appréciable; par une langueur profonde de tout l'organisme et des actes digestifs en particulier, une constipation opiniâtre, un découragement moral, quelquefois le sentiment d'une barre épigastrique, d'une pesanteur dans la région du foie, la mort dans quelques cas, sans que l'autopsie fasse découvrir d'altérations dignes d'avoir présidé à la maladie (ce sont les maladies atrabilaires des anciens auteurs), lesquelles affections semblent plutôt pouvoir être attribuées à une inertie de l'appareil sécréteur et excréteur de la bile, à une atonie de la circulation et de l'innervation de cet important système, etc., qu'à toute autre cause, et l'expérience a prouvé que le régime et les agents thérapeutiques qui ont la propriété de fluidifier nos humeurs, et que Durande employait en quantité et longtemps chez ses malades; que les purgatifs, et tout ce qui peut réveiller la sensibilité du tube digestif et stimuler les sécrétions; que l'exercice à pied, en voiture, à cheval, etc., l'expérience a prouvé, disons-nous, que ces ressources hygiéniques et médicamenteuses, combinées, sont utiles dans les cas que nous venons de signaler. Voilà de quelle manière nous interprétons les succès de Durande et de ceux qui se sont comparés à lui dans leur pratique.

Quant à la propriété incontestable qu'a l'éther térébenthiné de calmer les coliques atroces et les vomissements dont s'accompagnent fréquemment les calculs biliaires et certaines névralgies hépatiques, nous la considérons comme purement antispasmodique, et ce n'est pas un fait nouveau. Durande, après tout, a le mérite d'avoir bien connu les maladies produites par les pierres biliaires, et de leur avoir appliqué une bonne méthode de traitement. »

M. Gibbons dit avoir obtenu la guérison de quinze malades affectés de calculs biliaires par le calomel en pilules poussé jusqu'à la salivation.

M. Hall dit s'être servi avec succès de l'électricité, dans certains cas de calculs biliaires.

On a aussi préconisé dans cette maladie les eaux ferrugineuses et salines, comme celles de Vichy, de Plombières et de Balaruc.

Quant aux accidents inflammatoires qu'entraînent les calculs, soit dans la vésicule, soit dans les canaux biliaires, nous en parlerons plus bas.

DE L'ICTÈRE.

L'ictère ou jaunisse est une affection le plus ordinairement symptomatique, caractérisée par la coloration jaune de la peau et des sclérotiques.

Caractères anatomiques. Tous les tissus blancs à l'état normal présentent une teinte jaunâtre. Les liquides blancs ou incolores renfermés dans les organes ont plus ou moins cette coloration; ainsi sont les humeurs de l'œil et la sérosité accidentellement déposée dans les membranes séreuses.

Quant aux altérations que l'on trouve dans le foie et dans les voies biliaires, elles sont nombreuses et variées. Ainsi, on a trouvé l'hypertrophie, l'atrophie, des abcès, des tubercules et tous les autres produits morbides du foie. On l'a vu jaune, tacheté de bile, jaune obscur, rouge jaune, rouge, vert olive foncé couleur de rouille, etc.

Voici le tableau de ces altérations résumé par M. Proiry.

1° Tous les tissus blancs ont une teinte jaunâtre. Peut-être les dents seules font ici exception. Tous les liquides blancs renfermés dans les organes ont plus ou moins cette coloration ; la sérosité accidentellement déposée dans les membranes séreuses, les humeurs de l'œil sont dans ce cas. Trois fois la quantité d'écume bronchique était considérable, et trois fois sa teinte jaune était prononcée.

2° L'hypertrophie du foie est fréquente, et souvent on le trouve gorgé de sang (1). Il est des cas où il est atrophié ; c'est ce qu'on observe surtout à l'état chronique, et dans quelques cas, il arrive qu'il y a coexistence d'ascite. Tulpius (2) vit dans un cas pareil *jecur aridum, atrum, exsiccum et instar corrugati corii ita in se contractum, ut vix œquaret geminum pugnum.* Duverney (3) cite une fille de 30 ans, morte d'hydropisie consécutive à une jaunisse, dont le foie de couleur jaune obscur était desséché en grande partie. Stork et Riolan attestent des faits semblables. M. Andral (4) a vu, chez un homme de 52 ans, également atteint d'hydropisie et d'ictère, le foie atrophié, avec apparence celluló-fibreuse de son tissu. Enfin, M. Cruveilhier (5) a souvent constaté cette diminution de volume. Le ramollissement et l'induration du foie ont été observés par une multitude de médecins ; Stoll, Morgagni, Van Swieten, Louis, Andral, etc., en rapportent plusieurs exemples. Le premier de ces auteurs a signalé un ramollissement du foie sur une fille de 20 ans, ictérique, qui avait fait usage de sulfate de cuivre comme abortif.

Il est peu de praticiens anatomo-pathologistes qui n'aient observé d'abcès du foie avec ictère concomitant; mais ceci ne veut pas dire que la coloration ictérique soit inévitablement liée à la présence de ces abcès. Les écrits de MM. Louis (6) et Andral (7) renferment dix-sept observations d'abcès du foie, et dans le plus grand nombre de cas, il y eut ictère. Ces abcès sont de volume et de nombre variables, disséminés, enkystés ou non; le tissu environnant du foie est le plus souvent ramolli ; le pus peut être blanc, verdâtre, jaunâtre, et de consistance variable.

Il n'est point de production anormale qu'on n'ait rencontrée dans le foie de sujets ictériques. Les tubercules y sont plus fréquents ; bien plus souvent encore, surtout chez les individus qui ont dépassé 40 ans, y trouve-t-on des productions variées dont l'aspect se rapporte à celui des tissus squirrheux, encéphaloïdes, érectiles. L'un de nous a fréquemment rencontré, dans ces cas, des masses arrondies, globulées, entourées d'une membrane propre, envahissant le foie ; faisant saillie à l'extérieur, écartant le tissu du foie plutôt que le transformant ; leur dureté était extrême; elles se trouvaient placées de telle sorte qu'elles comprimaient de grosses branches de conduit hépatique. Dans certains cas, les granulations du foie sont d'un jaune d'ocre. C'est ce qui avait lieu chez une femme atteinte d'ictère, et dont le corps était déposé dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Enfin, la cyrrhose, la mélanose, les hydatides, les kystes de toute autre espèce, comprenant ou détruisant des conduits biliaires, ont été retrouvés chez des ictériques. L'un de nous a rencontré à la Salpêtrière des foies fort remarquables : dans leur parenchyme, qui d'ailleurs avait conservé sa teinte naturelle, se trouvaient des masses arrondies variant du volume du petit doigt à celui du pouce, d'un vert semblable à celui de la malachite, d'une consistance assez ferme, n'offrant point d'organisation appréciable, renfermées dans une membrane propre, disséminées en grand nombre dans l'organe qui présentait à la coupe l'apparence d'un granit nuancé de rouge et de vert. Dans quelques points, il nous a semblé que le kyste qui contenait cette substance se continuait avec des vaisseaux biliaires; mais l'exactitude de ce fait n'a pas été démontrée; toujours est-il que, dans les mêmes foies, de la bile épaissie remplissait les conduits biliaires, et que des affections carcinomateuses de l'estomac, comprimant ou embrassant les vaisseaux excréteurs du foie, avaient gêné le cours de la bile.

Cette substance verte nous paraît être de la bile épaissie dans le foie.

Ruysch (8) rapporte un exemple remarquable, reproduit par Van Swieten, d'un véritable calcul biliaire développé dans le foie (9). *In adspectum se dedit calculus durus in parenchymate absconditus, porro biliario nullo modo affixus, qui lanci impositus scrupulos duos pendebat.* Colomb a publié un fait du même genre (10), et M. Cruveilhier a eu aussi l'occasion d'observer des calculs biliaires hépatiques.

Sans être aussi multipliées que celles du foie, les lésions de la vésicule n'en présentent pas moins un grand nombre de variétés ; la rougeur, les fausses membranes et le pus, trouvés dans ce réservoir après des ictères de longue durée, ne laissent aucun doute sur l'influence qu'a eue ici l'inflammation. Les

(1) Andral, *Clin. méd.*, pag. 103, t. 4.
(2) Obs. de médec., lib. 2, cap. 36.
(3) Mémoires de l'Académie des sciences, année 1701, pag. 195.
(4) Ouvr. cité, pag. 203.
(5) Dictionn. de méd. prat., pag. 329.
(6) Mémoire sur les abcès du foie.
(7) Ouvr. cité, t. 4, p. 214.
(8) Obs. anat., chap. 24, p. 25.
(9) Comment. in Boerh., t. 3, p. 87.
(10) Andr., *Clin. méd.*, p. 328 et suiv.

parois de la vésicule peuvent s'épaissir, devenir œdémateuses (1) et présenter des ulcérations du côté de la membrane muqueuse. On a vu cette dernière, transformée dans une partie de son étendue en matière semi-cartilagineuse. Dans deux cas (2), le tissu sous-muqueux était dur, squirrheux; dans un autre, il était seulement épaissi. M. Amussat a constaté la présence de fibres musculaires dans les parois de la vésicule; un fait de ce genre a été observé par M. Louis. Il est peu de médecins qui, dans des cas d'ictère, n'aient pu recueillir un assez bon nombre de calculs de la vésicule biliaire. Sous le rapport de leur nombre, de leur volume, de la couleur et de la consistance, ces calculs sont infiniment variés. Tantôt, comme Heister l'a vu, il n'existe qu'un seul calcul de la grosseur d'une noix; tantôt on en rencontre un plus grand nombre dont la figure est différemment modifiée; quelquefois ce ne sont que de petites granulations noirâtres qui, broyées entre les doigts, décèlent une couleur jaune (3). On conçoit que la vésicule, devenant le siége de tant d'altérations, doit éprouver dans son volume des changements remarquables : en effet, il n'est pas rare de la voir dilatée et former une tumeur dans l'hypocondre droit(4). Morgagni l'a vue trois fois plus volumineuse que de coutume; à cet état, elle peut contenir des calculs, des mucosités, de la bile. On a pu constater également la diminution de son volume; elle était quelquefois oblitérée à son col, revenue sur elle-même, et contenait très-peu de bile fort épaisse, orange, acajou foncé, ou vert noirâtre. Cette sorte de bile est quelquefois remplacée par une matière albumineuse semblable à du blanc d'œuf. Il paraît que la diminution du volume, qui peut être portée jusqu'à l'atrophie complète de la vésicule, coïncide avec l'oblitération du conduit cystique (5), tandis que sa dilatation semble être liée à celle du canal cholédoque, ainsi qu'il fut possible de le constater sur cinq cas observés à la Salpêtrière.

Si maintenant nous passons à l'examen des canaux biliaires, hépatique, cystique et cholédoque, nous retrouvons, dans la majorité des cas, des obstacles mécaniques à l'écoulement de la bile.

Tantôt c'est à l'intérieur même de ces conduits qu'agit la cause qui les oblitère. Des adhérences inflammatoires y ont assez fréquemment leur siége. Récemment à l'Hôtel-Dieu, nous en avons observé une dans le canal cystique; quelquefois on y trouve des membranes accidentelles. On a vu, à la suite d'inflammations violentes, les conduits hépatique, cholédoque ou cystique être transformés en cordons fibreux; et Bonnet rapporte un exemple remarquable de cette transformation. D'autres fois, c'est un calcul ou une substance semblable à du suc de réglisse épaissi (6), qui bouche les voies biliaires. M. Broussais (7) rapporte le cas d'un militaire ictérique chez lequel un ver lombric s'était à moitié engagé dans le canal cholédoque, tandis qu'un autre, en suivant la même route, était parvenu jusque dans le foie. Nebelius (8) cite un fait analogue. Toutefois, M. Cruveilhier (9) pense que ce n'est guère qu'après la mort que des vers ou des entozoaires pénètrent dans les voies biliaires.

L'oblitération des conduits biliaires est le plus souvent partielle; les vaisseaux excréteurs se dilatent au-dessus d'elle; c'est ainsi qu'à la suite d'une occlusion du canal cholédoque, les conduits cystique, hépatique et la vésicule se dilatent énormément. Dans un cas de ce genre, le canal hépatique s'est rompu. Dans des oblitérations de ce canal, l'un de nous a vu, à la Salpêtrière, ses branches acquérir, dans le foie, le volume du petit doigt; le tissu de l'organe était verdâtre, et sa dimension de beaucoup augmentée.

Les organes placés au voisinage du foie chez les ictériques ont souvent été la cause de l'oblitération des conduits biliaires : tantôt une inflammation du duodénum, comme dans les cas mentionnés par M. Broussais, s'est étendue au conduit cholédoque, a resserré l'orifice de celui-ci et a empêché ainsi le cours de la bile; tantôt, comme chez un malade vu par M. Andral, une péritonite a décidé l'obstacle au cours de la bile; mais plus souvent des tumeurs variées, surtout des carcinomes occupant le pylore et s'étendant aux parties voisines, ont comprimé les voies biliaires et les ont enveloppées dans leurs masses indurées. Ce fait a été observé un trop grand nombre de fois pour qu'il soit utile de relater ici plusieurs observations remarquables recueillies sur ce sujet à la Salpêtrière. Des affections des reins, du pancréas ou de tout autre organe voisin, lorsque ces parties augmentent de volume, donnent lieu aux mêmes effets; et il nous a semblé, dans quelques cas, que des matières endurcies contenues dans le colon transverse y avaient aussi donné lieu. La matrice développée dans la grossesse, une tumeur enkystée abdominale, etc., peuvent aussi comprimer les voies biliaires.

(1) Louis, *Abcès du foie.*
(2) Louis, *id.*
(3) Duvernéy, *Mémoires de l'Acad. des sciences.*
(4) Andral, *Clin. méd.*
(5) Art. *Foie,* Dict. de méd.

(6) Stoll, *Méd. prat.* trad. par Mahon, pag. 224.
(7) Phlegm. chron., p. 273, vol. 3.
(8) Act. phys. médic., t. 5, observ. 62, p. 302.
(9) Dict. de méd. prat.
(10) Andral, *Clin. méd.*, p. 323.

La plupart des autres lésions observées après la mort chez les ictériques ne sont que de simples coïncidences, et ne tiennent en rien à la maladie elle-même; seulement il est probable, comme nous le verrons plus loin, que certains cas de cholihémie (c'est ainsi que M. Priory appelle l'ictère), observés avec des pleuro-pneumonites, à droite, pourraient bien avoir été le résultat de la pression que le foie ou les vaisseaux biliaires auraient éprouvée de la part du fluide épanché, surtout lorsque le poumon était trop solide pour pouvoir s'affaisser.

Causes. Elles sont nombreuses, puisque ce symptôme peut être le résultat d'un grand nombre de lésions organiques. En définitive, toutes celles qui peuvent immédiatement ou médiatement agir sur le foie et les conduits biliaires peuvent donner lieu à la cholihémie.

On a fait jouer un très-grand rôle aux causes morales dans la production de l'ictère. La crainte, le chagrin et la colère ont été surtout accusés de le produire. On trouve à cet égard une infinité d'histoires qui ressemblent beaucoup à des fables; un homme, dit-on, se bat en duel; saisi d'une vive frayeur en voyant l'épée de son adversaire, il devient si promptement jaune, que celui-ci, frappé d'un tel changement dans les traits de son ennemi, cesse le combat. On ne croira guère à cette anecdote, mais beaucoup de personnes très-dignes de foi assurent avoir vu des individus devenir jaunes à l'instant même où une mauvaise nouvelle leur était annoncée, ou encore lorsqu'ils avaient éprouvé une vive frayeur, etc. Certes, nous ne nions pas que des personnes ne soient devenues jaunes peu d'instants après l'action d'une cause morale; mais n'est-il pas possible que cette cause ait été une simple coïncidence, et qu'un homme sur le point d'être atteint de cholihémie ait éprouvé alors une affection morale vive? Quel est donc l'homme qui regarde en arrière l'histoire de sa vie depuis huit jours, et qui n'y trouve pas du chagrin, de la crainte ou de la colère? La croyance vulgaire est que la jaunisse est la conséquence d'affections morales; dès lors, il n'est point d'ictérique qui ne recherche, aussitôt qu'il devient jaune, s'il n'a pas été soumis à l'action de causes semblables. De là, des narrations faites au médecin, qui l'exposent à se méprendre sur le véritable point de départ de la maladie. Dans les cas d'ictère dont voici le relevé, ce n'étaient pas à coup sûr des impressions morales qui avaient occasionné la maladie.

Dans plus de trente ouvertures de sujets ictériques, à la Salpétrière, nous avons trouvé des calculs dans la vésicule, des tumeurs dans les parois de l'estomac, dans le foie, des dégénérescences spéciales de cet organe, qui prouvaient que la cholihémie reconnaissait une cause matérielle, évidemment indépendante d'affections morales vives; cependant plusieurs de ces malades affirmaient que celles-ci avaient occasionné leur ictère. — Sur 19 cas de cholihémie dans lesquels les causes ont été notées avec le plus grand soin, nous trouvons au début huit fois des symptômes de gastro-entérite; et, dans un de ces cas, un coup violent avait eu lieu sur la tête trois mois auparavant; deux fois des coups ont été portés sur l'abdomen et sur le côté droit, dans les jours qui ont immédiatement précédé l'invasion de l'ictère; dans presque tous ces cas, le foie était volumineux; il en fut ainsi de six faits dans lesquels les premiers symptômes se rapportèrent à une hépatite, d'une autre observation, où il y eut des troubles dans la menstruation, et de deux autres cas dans lesquels les malades ne rapportèrent leur ictère à aucune cause appréciable; deux fois, une grande difficulté d'aller à la selle avait précédé l'ictère.

Il est cependant arrivé que plusieurs de ces malades attribuaient aussi leur jaunisse à des causes morales; mais, questionnés avec soin, ils nous apprirent que les premiers symptômes de la maladie avaient précédé l'ictère de deux, trois ou quatre jours. Parmi ces malades il faut surtout citer la femme Augrand, salle Saint-Joseph, nº 64 (Bulletin de clinique, p. 35, nº 20), qui assura d'abord avoir eu la jaunisse à la suite d'une violente colère, tandis que cette colère n'avait eu lieu qu'à l'hôpital, et que, deux jours auparavant, elle avait éprouvé des vomissements bilieux et de la constipation.

Dans aucun de ces 49 cas, nous ne pûmes assigner de causes morales à l'ictère.

L'un de nous, étudiant avec soin, depuis de nombreuses années, les cas d'ictère qui se sont présentés en ville, n'a pas trouvé que des causes morales aient produit la jaunisse; toujours à côté de l'affection morale, il y avait une cause physique.

En définitive, nous ne nions pas que la colère, que les affections de l'âme ne puissent déterminer certains états organiques qui gênent le cours ultérieur de la bile et causent la jaunisse; mais ce que nous affirmons, c'est que, dans les cas que nous avons observés, ce n'était point une impression morale, quelle qu'elle fût, qui avait produit la jaunisse.

Nous ne nions pas que des personnes aient vu l'ictère suivre une impression morale vive; mais nous ne pouvons accueillir leurs faits, comme preuve de l'influence directe qu'exercent les causes morales dans la production de la jaunisse, que lorsqu'ils auront constaté par la mensuration exacte du foie et de la vésicule, ou par la sonorité des gros intestins, qu'il n'y a pas dans ces cas de causes matérielles de la cholihémie.

On a rangé, parmi les causes de celle-ci, la suppression de la transpiration, l'immersion dans un bain froid, l'habitation dans un lieu insalubre, etc. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en général la jaunisse est plus fréquente pendant les chaleurs et dans le Midi que dans le Nord; mais là, aussi, les phlegmasies gastro-intestinales et hépatiques sont plus communes (Broussais), ce qui explique la fréquence des ictères.

Il paraît que certaines épidémies ont présenté l'ictère comme symptôme prédominant; tels sont des faits recueillis par Monro, Pringle, Mead, etc.; mais ne peut-on pas supposer qu'il existait quelque affection du tube digestif ou du foie? car c'est presque toujours dans les camps ou dans les lieux encombrés, et dans les circonstances où se prononcent les gastro-entéropathies, que les plus graves ictères ont été observés. Sur les 5 cas d'ictère recueillis dans nos salles, dans le mois d'avril dernier, et durant cet hiver, lorsque la jaunisse était si fréquente, le foie ou ses annexes ont été plus ou moins malades.

Symptômes. Coloration jaune de la peau ou de la conjonctive produite graduellement ou subitement, quelquefois en moins d'une heure, surtout quand l'ictère succède à une émotion morale. Tantôt il n'y a aucun symptôme du côté du foie, tantôt il y a douleur et tuméfaction des organes.

Dans les voies digestives. Dans beaucoup de cas, elles ne présentent aucune lésion; dans d'autres, on observe avant l'ictère, et comme prodromes, anorexie, bouche mauvaise, digestions pénibles, douleur épigastrique ou duodénale, symptômes qui peuvent cesser ou diminuer avec la production de l'ictère, ou au contraire persister. Le plus souvent les selles sont nulles, quand elles existent, elles sont décolorées, dans quelques cas il y a diarrhée.

Circulation. Elle n'est troublée que lorsque l'ictère est lié à une hépatite ou à une inflammation de la vésicule et des canaux biliaires. Le sérum du sang tiré de la veine offre une teinte verdâtre.

Sécrétion. Les sueurs sont mêlées de matière colorante biliaire. L'urine offre souvent déjà des traces de cette altération avant la maladie. Pendant la durée, elle continue à être bourbeuse; après sa terminaison, elle est encore colorée. Le mucus est rarement chargé de la matière colorante de la bile.

Innervation. Dans beaucoup de cas, il y a céphalalgie, malaise, courbature, différents symptômes qui accompagnent les troubles de la digestion. Chez la plupart des malades, la peau est le siége d'une vive démangeaison qui précède l'ictère, démangeaison qui cesse ou persiste après son apparition.

Durée. En général, elle est assez longue; elle varie depuis 8 jours jusqu'à 20, 30, 45 : prolongée au delà, on a lieu de craindre une affection chronique du foie. Sauf ce cas, la maladie n'est pas grave; elle se termine toujours par la santé.

Traitement. On prévoit bien qu'au milieu de cette variété de causes qui produisent l'ictère il ne peut y avoir un traitement uniforme. Quand l'ictère ne se rattache à aucun désordre organique du foie, il suffira de prescrire des boissons délayantes, une diète végétale, ou absolue, ou des bains généraux.

S'il y a douleur dans la région du foie, des applications de sangsues plus ou moins répétées, soit sur le point douloureux, soit à l'anus, doivent être mises en usage, et à plus forte raison, s'il y a fièvre.

Si la constipation est opiniâtre, on prescrira des purgatifs doux.

Nous terminerons cet article de l'ictère par les considérations suivantes empruntées à la Médecine pratique de M. Priory :

Physiologie pathologique. L'histoire de l'ictère se prête à une foule de discussions physiologiques plus ou moins intéressantes.

Nous n'insisterons ici que sur celles qui peuvent avoir quelques applications pratiques.

1° L'ictère est-il dû à la présence des éléments de la bile dans le sang? La chimie a cherché à résoudre cette question, mais les avis sont partagés : d'une part, M. Deyeux ne trouva point que le principe jaune de la sérosité du sang, dans un cas d'ictère chronique, eût la saveur ou l'odeur de la bile, et il en déduisit que ce dernier fluide n'était pas mélangé avec le sang; MM. John et Lassaigne confirmèrent les expériences de M. Deyeux. D'un autre côté, M. Clarion a retrouvé, dans la sérosité du sang des ictériques, une matière verte semblable à celle de la bile, et M. Orfila a rencontré dans l'urine la matière colorante biliaire (1). M. Chevreul a obtenu le principe colorant dans le sang des ictériques, mais il l'a aussi retrouvé chez des hommes sains. En somme, il est au moins évident qu'un principe jaune se retrouve dans le sang des cholihémiques. Des chimistes du plus grand mérite assurent que ce principe jaune est analogue à celui de la bile.

Les faits d'organographie dans l'ictère donnent beaucoup de poids à ces résultats de la chimie, car ils ont établi que, dans la très-grande majorité des cas, il y avait eu chez nos malades des obstacles au cours de la bile, et qu'au-dessus de ces obstacles, la vésicule, les conduits biliaires ou le foie avaient été distendus par ce fluide (Voyez Organographie sur le vivant et sur le cadavre). Des faits ana-

(1) Nouvelles recherches sur l'urine des ictériques. Paris, 1811.

logues ont été fort anciennement observés par les anatomistes. Arétée dit à ce sujet : *Verùm si meatus ad intestinum bilem deferentes phlegmone aut scirrho interclusi fuerint, vesica autem exundaverit, bilis retro labitur* (1). Bonnet, Morgagni (qui discute avec beaucoup de lucidité un grand nombre de points de l'histoire de l'ictère) citent un grand nombre de cas où celui-ci était en rapport avec des causes mécaniques (2). Suivant Van Swieten, *bilis consuetum exitum in intestinum non habens, in sanguinem redit et cum illo per totum corpus dispergitur.* D'où vient, dit Bordeu (3), cette bile qui se montre dans le sang ? n'est-il pas évident qu'elle reflue du foie ? Stoll donne cinq observations dans lesquelles des obstacles mécaniques au cours de la bile causèrent l'ictère (4). M. Andral rapporte dans sa Clinique un grand nombre de faits d'après lesquels il est évident que des circonstances d'organisation ont causé le défaut d'excrétion de la bile, et par suite l'ictère (5). M. Cruveilhier a toujours trouvé dans les voies biliaires les causes mécaniques de la jaunisse ; ainsi que nous, il a vu les canaux hépatiques d'une médiocre volume être comprimés par des tumeurs ou oblitérés par l'inflammation, et déterminer la jaunisse. M. Alibert croit aussi à la résorption de la bile dans l'ictère. M. Legallois (6) admet cette résorption comme un fait, et explique, par l'élaboration ultérieure de la bile dans le sang, la différence qu'elle présente alors d'avec celle qui est contenue dans les voies biliaires.

Enfin, des expériences physiologiques ont prouvé jusqu'à l'évidence que l'ictère pouvait être la conséquence directe de l'oblitération des conduits biliaires, même d'une petite dimension ; c'est ainsi que M. Simon de Metz produisit l'ictère, à volonté, en liant sur des animaux des branches du conduit hépatique. Toutes les portions du foie qui correspondaient aux rameaux du tronc oblitéré se remplirent de bile, et l'ictère survint.

L'explication de ces ictères par causes mécaniques est tellement naturelle, qu'elle tombe tout d'abord sous les sens. Dans les cas de paralysie de la vessie, la résorption de la partie la plus fluide de l'urine est très-prompte ; elle se fait même dans l'état de santé, comme le prouve la différence entre l'urine foncée du matin qui a séjourné la nuit dans la vessie et l'urine claire du soir qui ne fait qu'y passer ; M. Richerand a décrit avec beaucoup de vérité une fièvre spéciale, suite de l'absorption de l'urine ; aussi M. Berard (7) admet, avec non moins de fondement, que l'ictère est dû la résorption de la bile. Partout il se fait des absorptions ; pourquoi donc n'y en aurait-il pas dans les voies hépatiques? D'ailleurs, la résorption y est si active, que les calculs biliaires ne sont autre chose que de la bile concentrée ; celle-ci s'épaissit parce que l'inhalation la dépouille de ses parties les plus fluides. Partout où la circulation est rapide, l'absorption est prompte et étendue. Or on ne peut oublier que le cours du sang dans le foie est très-actif, d'où il faut conclure que l'absorption dans les voies biliaires doit être très-rapide.

Que si l'on objectait qu'il n'est pas démontré que toute la bile soit résorbée, on pourrait répondre qu'au moins ses parties les plus fluides doivent l'être ; que celles-ci tiennent probablement en dissolution la matière jaune, et suffisent pour teindre les tissus.

Des personnes dont les opinions sont pour nous d'un grand poids paraissent révoquer en doute la résorption de la bile, sa présence ultérieure dans l'appareil circulatoire, et penser, au contraire, que c'est par défaut de sécrétion des principes bilieux contenus dans le sang que la jaunisse se déclare. Voici les principaux arguments à l'appui de leur opinion :

D'abord, dans 5 cas cités par Stoll (8), il n'y avait pas, dans les conduits biliaires, d'obstacle au cours de la bile ; mais dans l'un, le foie présentait des taches jaunes ; dans deux autres, cet organe était d'un rouge jaunâtre ; dans un quatrième, il y avait un ramollissement du foie, et dans le cinquième à peine l'ictère était-il marqué. Or, il est évident, que, dans trois de ces cas, au moins, le foie avait sécrété de la bile, puisqu'il était jaune, et que la résorption avait pu se faire après cette sécrétion. M. Andral cite trois faits où l'on ne put reconnaître dans le foie de causes organiques à la jaunisse ; mais dans l'un, il y avait une péritonite suraiguë, et à coup sûr celle-ci avait pu gêner le cours de la bile ; ce praticien rapporte aussi quelques autres observations dans lesquelles les conduits biliaires étaient libres ; mais tantôt le foie était hypertrophié et très-rouge, ce qui empêchait d'y voir la couleur jaune, et d'autres fois il y avait une duodénite chronique ; une autre fois, le foie était atrophié, son tissu avait l'apparence cellulo-fibreuse, et cependant il y avait ictère (9). Il résulte de ceci que, dans un très-petit nombre de cas, on n'a pu trouver sur le cadavre d'ictériques, des dispositions anatomiques qui prouvassent que la bile avait été résorbée

(1) Des malad. aiguës et chron., liv. 1, chap. 15.
(2) Epist. 37.
(3) Bordeu. *Rech. anat.*, p. 108.
(4) Médec. prat., t. 4, trad. de Mahon, p. 224.
(5) Médec. clin., t. 4, p. 323 et suiv. ; p. 214-260.
(6) Physiologie, t. 2, p. 2à5.

(7) *Éléments de physiologie*, par MM. Richerand et Berard, t. 1, p. 375.
(8) Stoll, *Médec. prat.*, p. 217.
(9) Clin. méd., t. 4, p. 203.

après sa sécrétion, mais qu'il y en eut encore moins où l'on n'ait rencontré aucune lésion, soit dans le parenchyme du foie, soit au-dessous; or il faudrait savoir si, dans ce petit nombre de cas, il n'y avait pas eu, pendant la vie, accumulation et rétention de la bile dans le tube digestif. S'il en était ainsi, l'explication de la jaunisse serait donnée; car nous avons rencontré de tels faits, et de plus, chez le nouveau-né; l'absorption de la bile contenue dans le méconium suffit pour produire l'ictère.

On s'est fondé, pour admettre que la jaunisse était le résultat d'une altération spéciale du sang, sur ce que les expériences de Prévost et Dumas, de Ségalas, etc., avaient démontré que le sang contenait les éléments des sécrétions diverses, ou qu'au moins ceci avait lieu lorsque les glandes qui en sont chargées sont enlevées ou cessent d'exécuter leur fonction. Sans entrer dans la discussion physiologique à laquelle ceci pourrait facilement entraîner, nous dirons que, si la jaunisse pouvait être le résultat d'une telle cause, il faudrait que cela fût bien rare, puisque M. Cruveilhier, ainsi que nous, a toujours trouvé dans l'ictère des causes matérielles d'arrêt de la bile, partant, de résorption, et puisque Stoll et M. Andral les ont rencontrées dans la grande majorité des cas.

Grimaud a cité, d'après les éphémérides des curieux de la nature, un cas d'ictère partiel borné à la moitié du corps. Planque rapporte des cas analogues. Avant de discuter sur de tels faits et d'attaquer, en s'appuyant sur eux, des opinions qui reposent sur l'anatomie pathologique, il faudrait donner à ces faits le caractère d'authenticité qui leur manque.

On a fait valoir, comme argument contre les causes mécaniques de l'ictère, qu'il existait quelquefois sous la forme épidémique; mais cela ne dit pas que, dans ces maladies, il n'y ait pas eu lésion mécanique aussi épidémique qui ait produit l'ictère; dans la fièvre jaune, l'entérorragie peut fort bien gêner le cours de la bile; M. Bailly a trouvé des phlegmasies des organes sécréteurs de la bile, et dans les cas d'ictère qui ont régné épidémiquement cette année, toujours nous avons rencontré des causes matérielles à la maladie.

L'ictère, ajoute-t-on, se développe quelquefois avec beaucoup de promptitude, ce qui supposerait plutôt une altération primitive du sang, sous l'influence du système nerveux ou de toute autre cause; mais puisque la résorption de la bile doit être prompte, évidemment la coloration des tissus doit l'être aussi.

La peau autour des ecchymoses prend une teinte jaune; or ce n'est pas ici, dit-on, la bile qui cause cette coloration, donc la jaunisse n'est pas en rapport avec la présence de la bile dans le sang; mais, d'une part, cette nuance de jaune n'est pas celle de l'ictère; de plus, ici, le toucher de la partie altérée n'est pas huileux: rien n'empêche, d'ailleurs, que des circonstances différentes colorent les tissus d'une manière analogue; mais ce qui est sûr, c'est que la jaunisse générale dans les tissus blancs ne suit point des hémorragies qui s'y font, et que cette jaunisse que nous étudions présente à l'observateur des lésions matérielles dans les organes biliaires.

Il y a, ajoute-t-on, des ictères de causes morales; mais l'admission d'une cause morale dans un petit nombre d'ictères ne résout en rien la question, car la cause morale peut, tout comme une autre, causer des effets, soit en agissant sur les muscles abdominaux et en comprimant la vésicule organique, soit en faisant contracter le conduit cholédoque, en gênant le cours de la bile et décidant sa résorption.

M. Magendie a injecté de petites quantités de bile dans le sang, et les amimaux ne sont pas devenus jaunes; mais qui ne sait que, lorsque les quantités de fluides injectés dans le sang ne sont pas très-considérables, ils sont bientôt rejetés par les organes excréteurs, et tant que le foie sécrète et que les conduits sont libres, la bile portée dans le sang trouve une issue facile? alors les tissus ne se colorent point en jaune. Pour apprécier combien doit être grande la quantité de bile résorbée lorsque les conduits biliaires sont bouchés, il suffit de se rappeler combien le foie est volumineux, quel rôle il joue dans la circulation, et quelle est, dans certains cas, la quantité de matières bilieuses rejetées par le vomissement ou les selles.

Quant aux hypothèses sur la dissociation des éléments du sang, comme cause de l'ictère, ou sur le foie qui pleure pour le produire, ce sont là des suppositions qui ne peuvent trancher la difficulté. L'augmentation de sécrétion du foie ne peut déterminer la jaunisse que si le fluide biliaire stagne ultérieurement dans les voies d'excrétion dont les intestins font partie.

Enfin, les explications mécaniques de la résorption, dans la majorité des cas, sont incontestables, et il est plus naturel de se servir de ces faits connus, pour expliquer les phénomènes dont la cause est inconnue, que de recourir au défaut de sécrétion du foie pour donner la solution du problème.

En somme, nous concluons que l'ictère est le plus souvent le résultat de la résorption du principe colorant jaune de la bile dans les voies biliaires; que celles-ci comprennent le foie, ses conduits, la vésicule et le tube digestif; qu'il suffit de l'oblitération de l'un des rameaux des conduits hépatiques pour

produire la jaunisse; que, pour le plus grand nombre des cas, les faits anatomiques ne laissent pas de doute à cet égard; que l'ictère est, à coup sûr, une cholihémie (bile dans le sang); mais que celle-ci est le plus souvent consécutive à une lésion organique; qu'il est cependant dans les choses possibles qu'un défaut de sécrétion biliaire puisse la produire.

2° L'oblitération du conduit cystique peut-elle causer la jaunisse? Tout porte à croire que cela ne peut avoir lieu que pendant le temps que la résorption de la bile qui s'y trouve met à s'opérer, et ce temps doit être court; dans un cas semblable, l'ictère serait peu intense. Morgagni cite des faits où cette lésion n'a pas été suivie de jaunisse (1); nous avons recueilli plusieurs observations dans lesquelles des calculs biliaires bouchaient la vésicule, d'autres où le conduit cystique était oblitéré, d'autres où la vésicule était atrophiée ou contenait du pus, et il n'y avait pas eu d'ictère.

3° La présence de la bile dans le sang ne cause point ici d'accidents graves, et on ne voit point de troubles de circulation ou de respiration en être la conséquence. Ce fait doit être noté avec soin, il est un des plus forts arguments contre les opinions de polycholie admises par Stoll et ses disciples.

4° Pourquoi le foie augmente-t-il souvent de volume dans l'ictère. La raison de ce fait est simple; quand survient un obstacle au cours de la bile dans ses canaux, les rameaux de ceux-ci vers le foie se dilatent, les conduits excréteurs s'irritent, il en arrive ainsi du parenchyme, et le foie grossit. C'est ainsi du moins que, dans les jours qui suivent le développement de la vésicule, si la maladie persiste, on constate l'hyperhépatrophie par la percussion.

Diagnostic. Il est, en général, facile. Toutefois plusieurs affections ont été confondues avec la cholihémie. En général, la couleur jaune de la sclérotique et de l'urine fera éviter toute méprise. L'un de nous a vu prendre la chlorose pour la jaunisse; chez les chlorotiques, la peau est jaune pâle; mais cela tient à ce qu'elle contient peu de sang; faites une ligature sur les membres, retenez-y le sang veineux, et bientôt la peau n'aura plus cette coloration jaunâtre. Des considérations semblables sont applicables à l'anhémie, quelle qu'en soit la cause; ici, vous trouverez, de plus, la vacuité des artères, des veines, la petitesse des organes, signes caractéristiques de l'anhémie. La teinte grisâtre des téguments dans les fièvres intermittentes (ictère bleu) est très-différente de celle de l'ictère, et presque toujours, dans ce cas, la percussion trouve la rate hypertrophiée. Dans ces trois ordres de lésions, la sclérotique a une teinte bleuâtre, l'urine est pâle, et les fèces sont colorées.

Le diagnostic des états organiques qui causent l'ictère est d'une haute importance pratique, on l'établit à l'aide :

1° De la palpation, qui fait découvrir le bord inférieur du foie dépassant le rebord costal dans le cas où il est hypertrophié, ou qui fait reconnaître une tumeur arrondie au-dessous de ce bord sur le lieu qui correspond d'ordinaire à la vésicule. On distingue celle-ci d'un abcès, en ce que l'abcès présentera une circonscription mal déterminée, une fluctuation centrale et de la dureté à l'entour (J.-L. Petit); tandis que la vésicule offrira une tension élastique bien circonscrite. Dans le premier cas, les signes généraux de l'inflammation existeront, et ils manqueront dans le second. Les calculs cystiques pourront être quelquefois sentis en palpant avec soin l'espace occupé par la vésicule;

2° De la percussion plessimétrique qui, limitant le foie par en haut, par en bas, sur le côté, permettra de dessiner sa forme, de juger des dimensions de la vésicule biliaire, de ses variations successives de volume, du lieu occupé par l'estomac et par l'intestin duodénum; par conséquent, du siége réel d'une douleur dans cet intestin, qui apprendra si l'intestin est vide, s'il contient des matières solides ou liquides, etc. Dans 7 cas, le bruit humorique a été retrouvé sur le lieu qu'occupait la vésicule distendue;

3° De l'inspection des selles, qui fait voir la coloration foncée ou grise de celles-ci, on constate la présence de petits calculs;

4° Des circonstances commémoratives, de l'appréciation des causes qui ont agi pour produire l'ictère, de la marche de la maladie et des phénomènes coexistants. S'il y a des vomissements, des douleurs correspondantes au lieu où la percussion trouve un son intestinal, et cela dans un point où le duodénum existe habituellement, on pourra croire à une duodénite et à l'inflammation des vaisseaux biliaires. Les signes d'anciennes lésions du foie, de l'estomac ou des intestins, ceux de tumeurs hydatiques, tuberculeuses, etc., feront admettre que l'ictère est la conséquence de ces lésions, etc.

Le *pronostic* de l'ictère est intimement lié au genre d'altération qui l'a déterminé, c'est-à-dire qu'il varie suivant les causes, les symptômes et la durée de la maladie. Dans certains cas, Hippocrate étudiait l'état du foie avant de porter son pronostic; *icteris jecur durum fieri, malum*, disait-il; mais quelquefois aussi on le voit s'écarter de cette voie anatomique, et fonder des prédictions sur l'appa-

(1) Épist. 37.

rition de sueurs et d'hémorragies, à des jours déterminés.

L'organographie pathologique est la base principale du pronostic de l'ictère; si celui-ci résulte de graves désordres dans les organes, de collections purulentes, si les selles restent longtemps décolorées, les urines rouges et sédimenteuses, si les extrémités inférieures s'infiltrent, si l'abdomen contient des liquides épanchés, etc., la terminaison de l'ictère ou plutôt de la maladie qui le cause est ordinairement funeste.

Il en est de même s'il y a eu récidive; car, alors, on peut soupçonner que l'ictère est le résultat de l'obstruction des voies biliaires par des calculs ou par toute autre lésion organique. Si la vésicule reste longtemps gonflée, si l'ictère devient chronique, s'il se montre des troubles dans les digestions; s'il survient des diarrhées colliquatives, etc., le pronostic est grave.

L'ictère qui reconnaît pour causes la présence des matières fécales dans l'intestin, et la distension abdominale pendant la grossesse, ne doit pas inspirer, en général, de craintes sérieuses; il cesse, dans le premier cas, dès qu'on favorise l'issue des fèces, et dans le second, par la parturition.

Si la jaunisse succède à quelques blessures du foie ou de la vésicule, on conçoit encore que le pronostic sera relatif à la gravité de la lésion; il est toujours fâcheux, s'il s'est fait quelque épanchement de bile dans la cavité abdominale.

Toujours est-il que le pronostic de l'ictère est variable, et qu'il est intimement lié à la gravité des lésions organiques qui l'ont occasionné.

Traitement. Habitués à considérer l'ictère comme une maladie essentielle, les anciens traitèrent ce symptôme sans avoir égard à la cause immédiate qui le détermine; leur thérapeutique se composait d'une foule de médicaments empiriques destinés à débarrasser les premières voies des saburres qu'elles contenaient, à dissiper le spasme hépatique, à dissoudre les calculs; il est même quelques préparations qu'ils employèrent sans intention déterminée. La décoction de carotte, celle de betterave, et l'infusion de marrube blanc qui passe pour spécifique, sont de ce nombre. On vit les praticiens les plus estimés recourir indistinctement aux purgatifs, aux drastiques, aux diaphorétiques et aux diurétiques. Les antispasmodiques, les toniques, les incisifs, les apéritifs, les cholagogues furent tour à tour administrés : on est même surpris de retrouver dans Sydenham ces formules ou assemblages bizarres de médicaments qui n'annoncent aucune intention thérapeutique justifiée par l'état organique des parties. De toutes les préparations pharmaceutiques, celles qui jouirent du plus grand crédit furent le savon, dont quelques médecins font encore usage, c'est la térébenthine unie à l'éther à l'aide de jaunes d'œufs. Ce mélange, si connu sous le nom de remède de Durande, avait, disait-on, la propriété de détruire les concrétions calculeuses. Quelques gouttes de cette mixture, administrées, soir et matin, dans un véhicule convenable, suffisent pour en opérer la dissolution. Le petit-lait chargé du principe amer de certaines plantes, le suc dépuré de saponaire, les alcalis, et en particulier la terre foliée végétale (acétate de potasse), ont été préconisés tour à tour. Concluons que ce n'est point chez les anciens qu'il faut aller chercher les règles d'un traitement rationnel, car pour les établir il faut toujours s'élever à la cause matérielle de la cholihémie, afin de l'attaquer judicieusement quand il y a des chances de salut, ou de ne pas aggraver le mal par d'inutiles efforts quand il est au-dessus des ressources de l'art.

Malgré la confusion qui règne dans l'application des agents médicamenteux auxquels les anciens eurent recours, il faut cependant convenir qu'ils ont donné quelques préceptes qui ne sont point à négliger; c'est ainsi qu'Hippocrate recommande les bains, les purgatifs, et Hoffmann les saignées. Stoll condamne l'emploi des vomitifs, et si quelquefois ils lui paraissent indiqués, ce n'est que dans les cas d'ictère sans fièvre; encore les a-t-il souvent vus augmenter la jaunisse. Il a noté que, dans plusieurs circonstances, pendant l'hiver, lorsqu'il régnait une constitution inflammatoire, la saignée était d'un grand avantage. Il l'a souvent vue réussir seule (1), mais alors il la portait fort loin et la réitérait jusqu'à quatre ou cinq fois.

Le traitement de Sauvages se réduit à ceci : saignées au début, vin émétique de la dose d'une demi-once avec une ou deux onces d'huile d'amandes douces; les jours suivants, des bouillons avec le nitrate de potasse et la crème de tartre. Les lavements purgatifs sont employés, et si la maladie résiste, il conseille les eaux thermales.

Dans l'ictère, comme dans presque toutes les affections, les médecins anglais ont administré le calomel; Hamilton, Lind le conseillent, afin de régulariser les fonctions du foie; le premier y associe des drastiques, tels que le jalap, l'aloès, la gomme-gutte et l'extrait de coloquinte. On a également vanté les onctions mercurielles poussées jusqu'à provoquer la salivation.

Le grand vice de toutes ces médications empiriques de l'ictère, c'est d'appliquer un traitement unique à la cholihémie, symptôme d'états organiques très-différents les uns des autres.

(1) Méd. prat., trad. de Mahon, t. 3, p. 244.

1° *Traitement de la cholihémie, indépendamment de ses causes organiques.*

La présence de la bile dans le sang exige évidemment l'emploi de moyens propres à faire passer, dans un temps donné beaucoup d'eau dans ce liquide. A l'aide de ce traitement les sécrétions seront augmentées, et une grande partie du principe colorant sera enlevée aux tissus. Peut-être que des préparations alcalines légères, telles que la soude, le savon, auraient quelque avantage pour dissoudre plus promptement la matière jaune qui teint les organes. Ce qui le ferait penser, c'est l'état huileux de la peau des ictériques, état qui ne se rencontre pas dans toute autre affection. En général, nous avons porté l'eau a hautes doses, dans les voies digestives, soit par la bouche, soit par le rectum. La dose fut élevée, pour les boissons, à quatre ou cinq pots dans les vingt-quatre heures, et pour les injections dans le rectum, à deux ou trois par jour. Dans deux cas où la maladie dépendait d'une stase de bile dans les conduits, puisque la vésicule était distendue, la guérison eut lieu dans une période de quatre à douze jours. Il est vrai que, dans ces cas, d'autres moyens furent dirigés vers les organes biliaires. On ne peut compter sur l'efficacité du traitement employé contre la cholihémie que lorsqu'on combat en même temps sa cause organique : il est évident que les décoctions de carotte, de betterave ou de toute autre plante ne sont pas préférables à des boissons agréables. On peut ajouter quelques diurétiques légers, tels que le nitrate de potasse, à la dose de douze à vingt-quatre grains par pinte; les bains répétés et surtout l'inspiration de la vapeur d'eau seront avantageusement combinés, dans la cholihémie, avec l'emploi des boissons et des injections dans le rectum.

Ce traitement simple, quand rien ne démontrera l'existence de causes organiques et persistantes, sera à peu près le seul convenable. Dans la supposition d'une cause morale qui aurait agi pour produire l'ictère, ce serait à peu près aussi le seul qu'on pourrait rationnellement employer; car les causes morales sont au nombre de celles contre lesquelles l'art ne possède pas de traitement médicamenteux ou chirurgical; les effets organiques qu'elles peuvent produire sont seuls accessibles à nos moyens pharmaceutiques. Quant aux passions ou aux affections de l'âme, c'est par des consolations ou par la philosophie qu'on peut les modifier.

L'ictère en lui-même n'exigerait point une abstinence rigoureuse; bien plus, les aliments font, dans l'état normal, couler la bile vers l'intestin, et dans ce sens, leur action sur le duodénum serait, dans l'ictère, plutôt avantageuse que nuisible; il faudrait donner peu d'aliments, choisir de préférence quelques substances végétales; des crèmes de riz, des soupes maigres, des purées, du laitage, paraissent assez indiqués. On aura toutefois égard, pour le choix des aliments, aux habitudes et aux dispositions individuelles. Avant tout, il est urgent d'observer la manière dont la digestion s'accomplit; si les aliments produisent des accidents gastro-intestinaux et de la fièvre, s'ils ne sont point convertis à l'état de fèces, ou du moins trèsaltérées, il ne faudrait pas en continuer l'emploi.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

DE L'HYPERTROPHIE DU FOÏE.

On doit distinguer l'augmentation du volume du foie par hypertrophie de son tissu, de son augmentation de volume par simple hypérémie.

On peut distinguer l'hypertrophie du foie en plusieurs espèces, selon les variétés de couleur, de consistance ou de forme que le foie peut présenter.

1° *Couleur.* L'hypertrophie du foie peut coïncider, soit avec une extrême pâleur du tissu de cet organe, soit avec une teinte rougeâtre plus prononcée que de coutume, soit avec diverses teintes normales, grise, vert foncé, brun noir.

2° *Consistance.* Le foie peut conserver sa consistance normale; cette consistance peut être augmentée, elle peut enfin être diminuée.

3° *Forme.* L'hypertrophie générale du foie n'en altère pas la forme; quand elle n'atteint spécialement que l'une des substances du foie, et qu'elle coïncide avec l'atrophie de l'autre substance, elle donne lieu à l'aspect lobuleux, mamelonné ou granuleux du foie.

L'hypertrophie du foie peut être générale ou partielle. Partielle, tantôt c'est le lobe droit qui est surtout hypertrophié, qui constitue à lui seul presque tout le foie, le lobe gauche n'apparaissant plus alors que comme une languette mince surajoutée à l'autre; tantôt, au contraire, c'est le lobe gauche qui est spécialement augmenté de volume, et alors le foie fait une saillie considérable dans l'hypocondre gauche, où il peut être pris pour la rate; dans d'autres cas, c'est seulement vers l'épigastre qu'on sent une tumeur qui appartient au foie, et qui, par sa situation, peut en imposer pour une tumeur de l'estomac. Le lobe de Spigel ne s'hypertrophie point aussi souvent qu'on l'a dit, les autres lobes du foie n'étant pas hypertrophiés.

Le fœtus et le jeune enfant présentent un véritable état d'hypertrophie du foie, qui diminue graduellement à mesure que l'enfant s'éloigne de l'instant de la naissance. Dans certains cas, cet état d'hypertrophie subsiste, et c'est ce qu'on peut principalement remarquer sur les sujets scrofuleux.

Les *signes* de l'hypertrophie du foie varient selon qu'elle est partielle ou générale, et selon les parties de l'organe qui sont hypertrophiées. Dans l'hypertrophie générale, il existe dans l'hypocondre droit une tumeur; ou plutôt le foie, débordant les fausses côtes, se présente sous la forme normale, mais exagérée; quelquefois cette augmentation de volume ne produit aucune gêne ni aucune douleur; d'autres fois elle est accompagnée d'une douleur due plutôt au tiraillement du péritoine qu'à l'état du foie lui-même; très-rarement l'ictère ou l'ascite se produisent.

L'hypertrophie du foie a une marche très-lente; souvent elle détermine des troubles digestifs plus ou moins graves; sa durée est très-longue et sa terminaison tardive. Par elle-même cette affection n'est jamais mortelle.

Pour la combattre on a beaucoup préconisé les eaux minérales et surtout celles de Vichy. On a aussi beaucoup vanté les préparations d'iode.

DE L'ATROPHIE DU FOIE.

L'atrophie peut porter isolément sur l'une ou sur l'autre substance du foie; elle peut porter sur la totalité de l'organe. Celle-ci doit être distinguée en celle qui affecte simultanément les trois lobes et en celle qui est bornée à l'un d'eux.

Elle peut coïncider avec un état d'induration ou de ramollissement du foie.

Le foie atrophié peut diminuer de volume ou rester à létat normal, il peut même avoir un volume plus considérable, ce qui provient de ce qu'à mesure que le tissu propre du foie a disparu il a été remplacé par du tissu cellulaire.

L'atrophie du foie peut être soupçonnée par l'existence de l'ascite qui l'accompagne constamment et qui est due à l'oblitération d'une partie des rameaux de la veine porte. Cette ascite se développe très-lentement et graduellement, elle précède l'œdème des membres inférieurs. On pourra soupçonner qu'elle n'est pas liée à l'atrophie du foie par l'absence de toute lésion du côté des organes de la circulation.

L'atrophie a une marche lente; les malades commencent par maigrir, les digestions se troublent, le ventre augmente de volume, devient fluctuant, et l'ascite développée ne se dissipe plus.

DU RAMOLLISSEMENT DU FOIE.

Il présente deux degrés : dans le premier, pour s'apercevoir de la diminution de consistance qu'a subie le foie, il faut le presser entre les doigts; on voit alors qu'il s'écrase et qu'il se réduit en bouillie avec une extrême facilité. Dans un second degré plus rare que l'autre, on s'aperçoit, à la simple vue, de l'existence du ramollissement. Alors le tissu du foie, véritablement liquéfié, présente un aspect semblable à celui qu'on lui donne par une macération prolongée : on trouve disséqués en quelque sorte sa trame celluleuse et son appareil vasculaire, dont les dernières extrémités, divisées comme les filaments d'une houppe et privées de leur moyen d'union, flottent au milieu d'une pulpe rouge ou grise, qui ne semble être autre chose que le parenchyme hépatique revenu à l'état liquide.

Le foie ramolli peut conserver sa couleur ordinaire; il peut être rouge ou brun; il peut aussi être décoloré.

Le ramollissement du foie peut coïncider avec le volume normal de l'organe, avec son augmentation, et, ce qui est plus rare, avec sa diminution.

Le ramollissement est général ou partiel.

DE L'INDURATION.

Différente de la simple hypertrophie, elle s'accompagne d'une couleur brune, rouge ou verte. Le volume du foie peut rester normal, augmenter ou diminuer; dans certains cas, sa forme est changée; le foie est comme *ratatiné*. Cet état peut exister simple ou avec développement de granulations visibles à l'extérieur ou à l'intérieur, ce que Laënnec avait désigné sous le nom de *cirrhose*.

DE LA CIRRHOSE.

Nous empruntons l'article suivant à M. Littré :

L'état morbide dont il s'agit a été compris sous le terme générique de *tubercules du foie* avec beaucoup d'autres lésions, par un grand nombre d'auteurs, notamment par Baillie, alors que le caractère anatomique du tubercule était encore indéterminé, et que ce mot ne signifiait autre chose qu'une tumeur d'une certaine dureté, nettement arrondie, et plus ou moins saillante à la surface d'un organe.

L'altération, dont le foie est ici le siége, consiste essentiellement dans le développement, à la surface et à l'intérieur du parenchyme, de granulations d'un volume variable, mais qui dépassent rarement le volume d'une cerise, et quelquefois égalent à peine celui d'un gros grain de millet; le foie granuleux est toujours déformé, diminué le plus souvent de volume, comme ratatiné; le tissu offre en même temps plus de densité; ces granulations sont d'une teinte rouge, brune, le plus souvent d'un jaune fauve, ou même d'un beau jaune serin. Laënnec a donné à cette altération du foie le nom de *cirrhose* (χιῤῥος) tiré de cette dernière coloration; il la regardait comme un tissu particulier, qu'il supposait pouvoir se développer dans tous les organes; il avait admis que, comme les autres tissus accidentels, la cirrhose existait dans l'état de crudité et dans l'état de ramollissement. Dans

le premier de ces états, elle présente, suivant la description de Laënnec, un tissu d'une couleur fauve plus ou moins foncée, qui quelquefois tire un peu sur le verdâtre : on ne peut s'en faire une meilleure idée qu'en la comparant à celle qu'offrent les capsules surrénales chez l'adulte ; ce tissu, quoique fort consistant, a une sorte de fluidité qui ne peut mieux être comparée qu'à celle de certains fongus ou d'un cuir mou. Le tissu de la cirrhose est, d'ailleurs, compacte, assez humide, et très-délié : on n'y distingue aucune trace de fibres ; on y découvre seulement, en certains cas, des divisions en forme de squammes. La cirrhose prend, en se ramollissant, une couleur plus brunâtre; lorsque le ramollissement est bien formé, la masse morbifique se trouve changée en un putrilage d'un brun verdâtre, inodore, et un peu gluant.

Laënnec admettait trois sortes de cirrhoses : 1° cirrhose en masses, 2° en plaques, 3° en kystes; les granulations de cirrhose, toujours d'après Laënnec, sont constamment nombreuses, et tout le tissu du foie en est parsemé; leur petitesse fait que, lorsqu'on incise un foie dans lequel il en existe un grand nombre, son tissu paraît, au premier coup d'œil, homogène et d'une couleur jaune fauve, assez semblable à celle qu'on nomme communément *cuir de botte*. Mais, si l'on examine plus attentivement le tissu hépatique, on s'aperçoit facilement qu'il est rempli d'une innombrable quantité de corpuscules assez semblables, pour l'aspect, à ces lobules de graisse durcie et roussâtre, que l'on trouve communément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et de la jambe des sujets atteints d'anasarque; ces petites masses sont quelquefois unies très-intimement au tissu du foie, mais assez souvent elles en sont séparées par une couche mince de tissu cellulaire qui leur forme une enveloppe ténue, et alors elles se détachent assez facilement.

Les idées de Laënnec, sur la nature de la *lésion granuleuse* du foie, n'ont point été généralement admises. Dans un mémoire inséré parmi ceux de la Société méd. d'émul. (t. IX, 6, 170), M. Boulland a contesté le premier que la cirrhose fût une production accidentelle, posant en fait que le foie était composé de deux substances distinctes ; M. Boulland a considéré l'état granuleux « comme une dissolution des deux éléments naturels ;» les masses jaunes, fauves, constituant le prétendu tissu accidentel appelé *cirrhose*, ne sont autre chose que les granulations sécrétoires, se désorganisant graduellement par l'effet de l'oblitération du lacis vasculaire, et de l'obstacle à la circulation hépatique qui en résulte.

Dans un travail d'abord soumis à l'Académie, puis consigné dans le *Traité d'anatomie pathologique*, M. Andral a émis une opinion très-analogue à celle de M. Boulland; regardant le foie comme formé par deux substances, ce serait la substance jaune qui serait hypertrophiée, et qui constituerait, par sa prédominance sur la substance rouge atrophiée, les saillies granuleuses de la cirrhose. M. Cruveilhier, tout en adoptant l'opinion que la cirrhose n'est pas un tissu accidentel, admet une interprétation différente du mode de développement de l'état granuleux du foie; interprétation qui dérive, d'ailleurs, comme les précédentes, de l'idée que se forme M. Cruveilhier de la texture du foie (V. *Anat. pathol.*); comme il n'admet point deux substances dans la structure des granulations hépatiques, ce n'est plus dans un seul de leurs éléments anatomiques qu'il recherche la lésion. Se fondant sur l'examen direct des petites intumescences du parenchyme, il les trouve toutes bien isolées les unes des autres par des sillons dont le fond est rempli par une bride fibreuse qui étrangle un pédicule distinct; coupée dans son épaisseur, chaque intumescence n'offre, au microscope, que le tissu spongieux analogue à la coupe du jonc, et qui est naturel à la texture du parenchyme; la compression exprime toute la matière jaune liquide qui l'imprègne, et qui est évidemment contenue dans les radicules des conduits excréteurs qui naissent du centre de la granulation. « N'est-il pas raisonnable de penser, dit M. Cruveilhier, que la cirrhose consiste essentiellement dans l'atrophie du plus grand nombre des granulations du foie, et que les granulations restantes s'hypertrophient comme pour suppléer celles qui sont atrophiées? » Pour la prédominance du tissu jaune, Kiesnan (*The Anat. and physiol. of the liver*) n'admet non plus qu'une substance, les différents degrés d'injections vasculaires des lobules formant les deux couleurs, comme on le démontre par les injections artificielles.

Au milieu de toutes ces opinions, la question de l'état granuleux (cirrhose) du foie est encore, comme on le voit, loin d'être décidée, malgré les progrès de l'anatomie pathologique (Dictionn. en 25 vol., tome XIII).

Cette maladie affecte rarement l'enfance; on ne l'observe guère avant 25 ans, elle peut être primitive ou consécutive à l'hépatite aiguë, à une gastrite, à une entérite chronique, à des accès de fièvre intermittente.

Symptômes. La cirrhose ne donne lieu à aucune douleur locale; à peine existe-t-il de la gêne à l'hypocondre droit; le plus souvent aussi, il n'y a aucune tumeur; à une certaine période de la maladie, l'ascite est, au contraire, constante, soit seule, soit compliquée d'œdème des membres inférieurs. Cette ascite se développe très-lentement; la maladie qui lui donne naissance a elle-même une marche

fort insidieuse, et peut d'abord être méconnue ; elle peut exister longtemps sans nécessiter l'alitement. Quand elle a produit une ascite considérable, si on pratique la ponction, l'épanchement se reproduit avec une grande rapidité. L'ictère ne se montre que dans le tiers des cas; il n'existe dans les autres qu'une légère teinte jaunâtre de la peau et de la conjonctive; peu à peu le dépérissement s'empare du malade, un amaigrissement progressif, sensible surtout à la face et aux membres supérieurs, survient, le malade tombe dans le marasme, et il meurt.

Cette maladie a une durée très-longue, et il s'écoule beaucoup de temps avant que la mort arrive; cette terminaison funeste est le résultat d'une détérioration générale de l'économie, produite par une diarrhée séreuse, abondante, survenue vers la fin de la maladie, et par la gêne portée à l'hématose.

PRODUCTIONS MORBIDES DU FOIE.

Dégénérescence graisseuse.

Voici ce que nous en avons dit dans le *Précis d'anatomie pathologique :*

Les expériences de M. Braconnot ont démontré que le foie contient normalement une petite quantité de matière grasse ; normalement aussi, cet organe sécrète plus ou moins abondamment un autre principe gras qu'on retrouve encore ailleurs, et qui est connu sous le nom de *cholestérine*.

Ces matières grasses viennent-elles à être sécrétées en quantité plus considérable que de coutume ou sont-elles modifiées dans leurs qualités, il en résulte pour le foie quelques états morbides.

M. Vauquelin a constaté que dans les foies gras existe un principe huileux, auquel ces foies doivent leur aspect et la propriété qu'ils ont de graisser le scalpel ; on peut facilement en retirer cette huile par l'ébullition ; tantôt on en retire à peine quelques gouttes, tantôt la matière grasse est si abondante, qu'elle occupe plus de place que le parenchyme hépatique lui-même. Ainsi, dans un foie gras, M. Vauquelin a trouvé, sur 100 parties :

Huile.	0,45
Parenchyme.	0,19
Eau.	0,36
	100

Les portions de parenchyme hépatique, infiltrées de matière grasse, sont remarquables par leur couleur semblable à celle de la feuille morte, et leur consistance est diminuée; dans ces portions, il ne semble plus y avoir de sang ou du moins on n'y trouve plus de trace de la matière colorante de ce liquide ; tantôt le foie, dans toute son étendue, est le siége de cette sécrétion graisseuse; tantôt elle n'existe que dans quelques points épars.

Au lieu d'être infiltrée dans le parenchyme hépatique, la matière grasse est quelquefois réunie en masse en un point quelconque du foie : elle y est déposée comme s'y dépose du tubercule ou du pus; il en résulte des masses morbides grises ou blanches, refoulant autour d'elles le parenchyme hépatique, et présentant à l'œil et au toucher toutes les propriétés de la graisse. On a trouvé de ces masses graisseuses entièrement formées de cholestérine.

Les causes sous l'influence desquelles le foie devient le siége d'une sécrétion de matière grasse sont encore inconnues; on n'a émis qu'une hypothèse, lorsqu'on a dit que la dégénération graisseuse du foie était le produit d'une irritation de cet organe ; car on pourrait tout aussi bien soutenir que cette dégénération graisseuse, loin d'avoir été précédée par un état d'irritation du foie, est survenue parce que la nutrition de cet organe est devenue moins active; et cette dernière hypothèse serait d'autant plus soutenable, qu'elle se déduirait d'une grande loi de l'économie, en vertu de laquelle, toutes les fois qu'un organe tend à s'atrophier, une matière grasse vient à se sécréter autour de cet organe ou à la place même de ses molécules.

Presque tous les cas de dégénération graisseuses du foie s'observent chez des phthisiques, c'est-à-dire chez des individus dont le sang n'est plus convenablement élaboré, et dont l'exhalation pulmonaire ne peut plus s'accomplir comme dans l'état normal ; serait-ce parce que chez les phthisiques une suffisante quantité d'hydrogène cesse d'être expulsée par la muqueuse bronchique sous forme de vapeur aqueuse, que chez eux ce principe vient à se séparer en excès de la masse du sang au sein du parenchyme hépatique ? De là, formation de matière grasse dans le foie. Je ne donne cette opinion que comme une pure hypothèse, mais qui me semble mériter la peine qu'on s'occupe de la vérifier par de nouvelles recherches. Ce ne seraient pas là, d'ailleurs, des recherches isolées; elles se lieraient à d'autres, où l'on déterminerait jusqu'à quel point la mélanose pulmonaire reconnaît pour cause un défaut convenable d'élimination du carbone par la membrane muqueuse des bronches; jusqu'à quel point la plus grande fréquence de la gravelle, dans les lieux ou dans les temps où règne une température froide et humide, dépend de ce que, sous l'influence d'une telle température, moins d'azote que de coutume est éliminé du sang à travers le poumon : ainsi, une légère différence dans les porportions de quelques-uns des principes gazeux qui, normalement, doivent sortir de l'économie avec l'air expiré ; telle est, peut-

être, l'origine d'un certain nombre de lésions de sécrétion, dont les théories régnantes nous portent à ne placer le point de départ que dans l'organe même où a lieu la lésion, et hors duquel nos sens ne nous en font découvrir aucune.

DU CANCER DU FOIE.

Caractères anatomiques. C'est une lésion commune et très-grave. Il se présente sous forme disséminée et constitue des masses sphéroïdales, marronées, saillantes à la surface du foie, et remarquables alors par une dépression centrale en godet, vers laquelle convergent des rides rayonnées partant de tous les points de la circonférence, qui forme un relief plus ou moins marqué.

Les masses cancéreuses disséminées dans le foie sont très-variables quant à leur volume, et, depuis la forme miliaire, peuvent offrir toutes les grosseurs jusqu'à celle d'un œuf de dinde, du poing, des deux poing réunis, et même celle de la tête d'un fœtus à terme. Le nombre est, en général, en raison inverse du volume des tumeurs.

M. Cruveilhier rapporte ces masses cancéreuses à deux variétés principales qui ne s'excluent pas l'une l'autre, et que beaucoup d'observateurs regardent comme deux degrés de la même altération, savoir : la variété dure ou le squirrhe, la variété molle ou encéphaloïde.

La première variété diffère essentiellement de la seconde, 1° par la trame, qui est celluleuse et lâche dans celle-ci, dense et fibreuse dans celle-là; 2° par la vascularité; 3° par la marche et le développement lent, en général, dans les tumeurs dures, rapide dans les tumeurs molles.

Ces différences, qui séparent les deux variétés du cancer du foie, ne sont pas, du reste, toujours aisément saisissables; toutes deux peuvent, en effet, être le siége d'un travail désorganisateur qui les confond dans un même aspect; souvent aussi le sang qui s'échappe au sein de ces tumeurs, subissant diverses transformations, peut en masquer complétement les caractères. M. Cruveilhier a encore observé une sorte du tumeur analogue au tissu érectile, dont les aréoles étaient remplies par un liquide semblable à de la lie de vin, et qui se trouvait au milieu de tumeurs cancéreuses disséminées; le foie, autour de ces masses cancéreuses, est sain, altéré, ou ramolli; le plus ordinairement son volume est accru par l'hypertrophie de la substance jointe à l'intumescence qu'occasionne la présence de la production anormale; cependant on a vu le foie atrophié, soit en totalité, soit partiellement. Le cancer peut occuper tous les points de l'épaisseur du parenchyme : cependant son siége le plus fréquent est la surface, et surtout la convexité.

Causes. Outre toutes celles assignées à la production du cancer en général, on doit reconnaître que les coups, les chutes, les pressions sur la région du foie, les excès de régime, l'abus des purgatifs violents, sont des circonstances qui peuvent favoriser la production du cancer du foie.

Symptômes et diagnostic. Le cancer du foie peut exister sans déterminer aucune douleur et sans troubler notamment la sécrétion biliaire; il peut aussi ne déterminer aucune augmentation sensible de volume; mais ces cas sont rares, et le plus ordinairement on peut souspçonner le cancer du foie par l'existence de l'ictère, l'énorme tuméfaction de l'organe qui dépasse de plusieurs pouces le rebord des fausses côtes et occupe une grande portion de la région épigastrique, par la présence à sa surface de bosselures et d'inégalités plus ou moins multipliées, par la pression qui est douloureuse, par l'amaigrissement considérable, et le teint jaune paille.

Comme presque toutes les maladies du foie, le cancer détermine l'ascite, mais pas aussi constamment que l'hypertrophie.

Il est évident, d'après tout ce que nous avons dit déjà sur les maladies du foie, que les symptômes que nous venons d'indiquer ne sont point caractéristiques. L'ictère, en effet, n'est pas un signe propre au cancer du foie, et d'ailleurs il s'en faut qu'il existe constamment. L'augmentation du volume du foie coïncide avec une infinité d'autres lésions que le cancer. La douleur se rencoutre aussi dans toute autre lésion, et l'on sait que l'ascite accompagne les maladies les plus diverses du foie.

Traitement. Parvenu à un certain degré, le cancer du foie est tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et malgré l'appareil de médicaments longtemps connus sous le nom d'apéritifs, de fondants, de désobstruants, les malades succombent. Les Anglais administrent largement les purgatifs et diverses préparations dites fondantes, parmi lesquelles le calomel tient le premier rang.

DES TUBERCULES DU FOIE.

La matière tuberculeuse conserve dans le foie ses caractères propres, et n'y subit aucune modification essentielle. Cependant la consistance du pus, dans certains abcès de nature toute phlegmoneuse, la circonscription exacte des foyers qui le renferment, ainsi que cela se voit principalement dans le cas d'abcès métastatiques, peuvent jusqu'à un certain point, dans quelques cas, faire croire à l'existence de tubercules, et ces erreurs ont échappé aux observateurs les plus habiles. La bile colore souvent aussi les tubercules. M. Cruveilhier a vu, chez beaucoup d'enfants nou-

veau-nés, cette coloration bilieuse au milieu de masses tuberculeuses; mais il se demande si ces prétendus tubercules n'étaient pas des canaux biliaires oblitérés et contenant de la bile.

DES KYSTES DU FOIE.

Cet article est emprunté à MM. Ferrus et Bérard.

Une première remarque frappe en étudiant les lésions organiques du foie, c'est la rapidité avec laquelle elles s'enveloppent d'un kyste, qui se manifeste même autour des collections de pus les plus aiguës dans leur marche; mais indépendamment de ces kystes secondaires, il peut s'en développer de primitifs.

On a nié que des kystes séreux, autres que des poches hydatiques, aient été constatés dans le foie; mais des observations authentiques ont démontré l'existence de ces kystes. Une couturière, âgée de 42 ans, non mariée, et qui avait fait une chute sur l'hypocondre droit quelques années avant, se présente à M. le docteur Hesse. Cette femme avait le ventre énormément distendu par une tumeur fluctuante du volume d'une tête d'enfant; l'anneau ombilical était dilaté et libre : la suffocation étant devenue imminente, une ponction fut pratiquée à travers l'anneau ombilical même, et il s'écoula environ vingt-sept litres d'un liquide inodore, mucilagineux et légèrement trouble. Pendant huit jours, près de cinq livres de sérosité s'écoulèrent chaque jour par la canule qui avait été introduite dans l'ouverture de la tumeur. La santé chancelante de la malade ne se rétablit pas; et un an après l'opération, elle succomba. M. Hesse reconnut, à l'autopsie, que le foie remplissait à peu près lui seul toute la cavité abdominale; le lobe droit, extrêmement volumineux, présentait de la fluctuation : une incision donna issue à douze livres de sérosité, d'abord aqueuse, puis trouble et floconneuse, etc. Une particularité assez importante de cette observation, c'est que la veine ombilicale, redevenue perméable, était la voie par laquelle la première évacuation avait eu lieu lors de l'opération. Le fait qui doit être pris surtout en considération, c'est qu'il n'est fait aucune espèce de mention d'hydatides ni de débris d'hydatides (*Horn's archiv.*, septembre et octobre 1829).

Sous le nom de *kystes séreux accidentels*, M. le docteur Hawkins (*Medico-chir. Transact.*, vol. XVIII, part. 1re, p. 98) a encore décrit des tumeurs aqueuses enkystées qui se développent sur le bord ou à la surface d'un foie sain, s'enfonçant quelquefois légèrement dans son tissu, et s'élevant rarement au-dessus de la grosseur d'une noix. Le liquide que contiennent ces kystes est souvent à peine coagulable par la chaleur, et l'on n'y trouve, par l'analyse chimique, que cette matière animale particulière, à laquelle le docteur Marcet a donné le nom de *matière muco-extractive*, qui ne se coagule point par la chaleur, ni ne se prend en gelée par le froid ou l'évaporation, etc.

M. Louis (*sur la phthisie*) indique aussi des kystes très-petits qu'il n'a trouvés que chez les phthisiques. Ces kystes étaient « d'un petit volume, d'une à trois lignes de diamètre, d'une consistance faible, de manière à ne pouvoir être séparés des parties environnantes, dans lesquelles ils adhèrent peu cependant, qu'avec beaucoup de précaution : ils avaient environ un millimètre d'épaisseur, et contenaient une matière comme fuligineuse. »

On a encore décrit des kystes du foie renfermant de la matière mélicérique, athératomateuse (Bianchi, Glison, Fanton, Morgagni); mais tous ces kystes appartiennent évidemment aux hydatides, dont nous allons nous occuper.

HYDATIDES DU FOIE.

Le foie est, chez l'homme, de tous les organes, celui où l'on rencontre le plus souvent les hydatides (acéphalocystes).

Communément, c'est l'acéphalocyste multiple (*A. socialis vel prolifera*) qu'on observe. quelquefois, cependant, c'est l'acéphalocyste solitaire (*A. eremita vel sterilis*). Rarement, dans ce dernier cas même, le foie de l'homme en présente plus de deux ou quatre. Ruisch (*Thès. anat.*, p. 34) cite néanmoins l'observation d'un hydropique sur le cadavre duquel il trouva le foie converti en une multitude de vessies qui en avaient complétement fait disparaître la substance.

L'acéphalocyste multiple du foie peut en occuper la plus grande partie : c'est le lobe droit qui en est le siége ordinaire. Le nombre des hydatides continues dans l'hydatide-mère varie beaucoup : on en a compté parfois plus de mille. Leur volume est également variable, depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle du poing. Le liquide dans lequel elles nagent n'est jamais parfaitement limpide, et offre toujours une teinte jaunâtre; la quantité de ce liquide peut être énorme. Bianchi (*Historia hepatica*) rapporte l'observation d'un homme, dans un état de marasme, qui avait l'hypocondre tendu et gonflé; le foie contenait une immense poche dont il s'écoula vingt pintes environ d'une matière formée de sérum et d'une *gelée épaisse*, qui n'était évidemment qu'un détritus d'acéphalocystes.

Les hydatides sont, en effet, susceptibles d'éprouver des altérations variées, et subissent alors des transformations qui les ont fait confondre avec le stéatome, l'athérome, le méliceris, ou même des tubercules ramollis. De Haen (*Ratio medendi*) a rencontré des tumeurs ressemblant à des squirrhes, et qui con-

tenaient, les unes, des vessies pleines de sérosité, d'autres une matière grasse, d'autres une matière sablonneuse.

Les hydatides sont toujours renfermées dans un kyste qui peut avoir plusieurs lignes d'épaisseur, composé de lames superposées, fibreuses, et souvent incrustées de phosphate de chaux par plaques irrégulières. La cavité de ce kyste est hérissée d'anfractuosités sur lesquelles se moule l'acéphalocyste-mère sans y adhérer.

Le foie, devenu le siége d'hydatides, a le plus constamment augmenté de volume et de poids: le contraire peut cependant s'observer.

Douve du foie. Si l'animalité des hydatides a pu être contestée, le développement d'helminthes dans le foie des animaux est démontré par l'existence de la douve, que tous les observateurs ont signalé, et qui se rencontre particulièrement dans le foie des moutons, des bœufs, des cochons, des lièvres, etc., et qui a également été constatée chez l'homme.

Cette espèce de vers séjourne dans la vésicule du fiel et dans les conduits hépatiques, au milieu même du parenchyme: cependant Bremser émet quelques doutes à cet égard pour la douve hépatique de l'homme. La douve observée chez ce dernier, et décrite, est de la longueur d'une à quatre lignes, de la largeur d'une demi-ligne à une ligne. Sa forme est celle d'une lancette dont les extrémités seraient obtuses. L'ouverture antérieure est ordinairement tournée en dedans, et obliquement; l'ouverture postérieure, ou ventrale, est un peu proéminente. Un peu plus bas sont quelques taches d'un blanc opaque, et un paquet de vaisseaux ou de tubes d'une couleur jaune ou brune (oviductes qui manquent chez quelques individus). Les vaisseaux qui se trouvent sur les côtés paraissent former les tubes alimentaires. M. Otto croit avoir observé sur ces vers un système nerveux, que Gœlde n'admet pas. Les douves qu'on observe sur les animaux sont ordinairement grandes et plus volumineuses: elles ont quelquefois un pouce de longueur sur quatre à six de largeur. Toutefois on peut rencontrer de très-petites douves avec des grandes dans un même foie; et Zeder a prouvé alors que les premières étaient les *petits* des autres.

La douve du foie chez l'homme est une affection rare. Malpighi paraît en avoir observé quelques cas. Bauhin (*Sepulch. Boneti*) en a parlé; mais il n'est pas bien sûr que ce qu'il a vu soit véritablement des douves. Il n'en est pas de même des observations de Bidloo (*clerici Hist. lati lumbri*, p. 119) de Wepfer (*dans les Éphémérides de la nature*), de Pallas (*De inest. vivent.*), de Chabent (Rudolphi), de Buc'hoz et de Brera. Tous les faits de douves du foie, que ces auteurs ont décrits chez l'homme, sont appuyés de détails qui ne laissent aucun doute sur leur véritable nature.

C'est chez les animaux qu'on a surtout étudié l'espèce d'helminthe dont il s'agit. Les conduits biliaires qu'occupent les douves s'élargissent quelquefois d'une manière extraordinaire; une mucosité épaisse enduit leurs parois qui peuvent s'épaissir considérablement. Les incrustations uniformes qui pénètrent ces parois sont rapportées par Bremser au durcissement de la mucosité; le foie devient inégal, et si l'on presse les saillies qui surmontent sa surface, on entend une crépitation qui provient du brisement de petites lames osseuses. Ces incrustations sont tellement étendues parfois, que l'on peut obtenir alors, par la dissection, de véritables tubes osseux. Ces tubes peuvent affecter une sorte de disposition rameuse; tel est le cas décrit par le docteur Freesle de Mecklembourg, qui compare à une main d'homme la réunion des tubes formés par les conduits biliaires, ossifiés chez un bœuf affecté de douves.

Lorsque l'altération des conduits biliaires est portée a ce degré, les douves périssent, et l'on ne rencontre souvent que cette altération pour témoigner de l'existence antérieure de ces vers.

Le *signe* principal, à l'aide duquel on pourra reconnaître les kystes de quelque nature qu'ils soient, est une tumeur élastique et résistante. La fluctuation y sera très-manifeste; et, dans le cas d'hydatides, leur collision donnera parfois la sensation d'une crépitation particulière.

Les kystes et les hydatides peuvent exister longtemps dans le foie sans déterminer de graves symptômes; mais, à la longue, le dépérissement s'empare du malade, autour du corps étranger le foie s'enflamme et suppure, et la mort arrive. Dans quelques circonstances, le kyste qui contient les hydatides se rompt. et alors elles tombent dans le péritoine, l'enflamment, et les malades succombent à une péritonite; quelquefois elles s'ouvrent passage dans les voies digestives, et sont rejetées par les vomissements ou les selles, ou par les bronches à la suite d'une inflammation ulcérative du foie, du diaphragme et du poumon; elles peuvent enfin se frayer une issue à travers les parois abdominales.

Au reste, on a trouvé sur des cadavres des traces évidentes de cicatrisation des kystes, ce qui démontre que cette altération n'est pas nécessairement mortelle.

Le *traitement* des kystes du foie est entièrement chirurgical. Voici ce qu'en disent MM. Ferrus et Bérard.

Les succès incontestables obtenus par l'évacuation artificielle des foyers purulents du foie devaient conduire à tenter cette même pratique dans le cas de kystes séreux accessibles à l'opération. — Les cas de guérison de

quelques-uns de ces kystes, après leur rupture spontanée à travers la paroi abdominale, pouvaient encore appuyer cette opinion. D'un autre côté, l'ouverture de kystes hydatiques, faite par erreur du diagnostic, dans le but de donner issue à des abcès supposés, a été si promptement suivie d'accidents funestes, comme les auteurs en ont rapporté beaucoup d'exemples, que cette opération paraissait devoir être repoussée par la prudence ; mais l'état du malade et les circonstances qui nécessitaient l'opération dans ces cas, et qui n'avaient pu être ménagées, pouvaient expliquer les revers dont ces tentatives avaient été suivies. Quoi qu'il en soit, dans ces derniers temps, M. Récamier a non-seulement pratiqué l'ouverture des kystes hydatiques du foie, mais encore il a érigé cette opération en précepte, et cinq succès bien authentiques (*Revue médicale*, janvier 1825) sont de nature à encourager à la pratiquer de nouveau. Il existe deux méthodes pour cette opération ; l'une appartient à M. Récamier, l'autre à M. Bégin.

M. Récamier s'assure d'abord que la tumeur saillante à la paroi abdominale est bien réellement un kyste hydatique ; pour cela, il pratique une ponction exploratrice en plongeant, dans le point le plus proéminent, un trois-quarts presque capillaire ; on place ensuite sur la canule une ventouse pour attirer le liquide que contient la tumeur, et dont les qualités explorées font reconnaître une sérosité plus ou moins limpide. — L'existence d'un kyste contenant une matière susceptible d'être évacuée étant reconnue, il importe que l'adhérence de la tumeur du foie avec la paroi abdominale soit préalablement solidement établie ; pour obtenir ce résultat, on place, sur le milieu de la saillie qu'elle forme, un large morceau de pierre à cautère. — On fend l'escarre qui se forme, puis on fait une seconde ou même une troisième application du caustique, jusqu'à ce que, les tissus successivement détruits, l'action de la potasse étendue au péritoine ait déterminé l'inflammation locale des feuilles contigues de cette membrane. Enfin, un point des parois du kyste est mortifié, et livre passage aux hydatides, dont on favorise la sortie par des injections. Pour empêcher l'entrée de l'air, qui a été si funeste dans tant de cas de rupture spontanée, M. Récamier a soin de maintenir le foyer, autant que possible, constamment rempli d'un liquide d'abord émollient, et plus tard légèrement irritant et antiseptique.

La moindre quantité de liquide progressivement nécessaire pour remplir le foyer donne la mesure du resserrement de ses parois.

Cette méthode a été l'objet de beaucoup d'objections. La méthode exploratrice a d'abord inspiré des craintes. — Quelques faits malheureux de ponctions analogues, cités dans les auteurs, entre autres par Ruisch. (*Opera anat. méd. chir.*, obs. 65, 6, 61), ont motivé ces craintes ; mais, dans aucun cas, les accidents redoutés ne se sont montrés ; et, comme le fait observer M. Récamier, la ponction ici se réduit à une simple acupuncture, dont l'ouverture, trop étroite, ne peut permettre le moindre épanchement à l'intérieur. C'est surtout l'action de la potasse caustique dont on a craint l'extension illimitée sur la surface péritonéale. Des expériences directes pouvaient seules éclairer la question. M. Cruveilhier, qui les a entreprises, a constaté que ces nouvelles craintes étaient exagérées, et s'est convaincu que des quantités, même considérables, de caustique n'avaient toujours qu'un effet borné; aussi, après avoir été l'antagoniste de l'opération proposée par M. Récamier, l'a-t-il adoptée pour un grand nombre de cas. Toutefois, cette opération est grave, et les chances de réussite seront toujours subordonnées à l'ancienneté de la maladie, à l'état du kyste (s'il est suppuré, il y a peu de chances), à la constitution du sujet, enfin aux complications qui pourront exister.

La méthode de M. Bégin avait pour but d'éviter l'emploi du caustique ; une incision de deux à trois pouces environ est faite à la peau sur le point le plus saillant de la tumeur ; on divise ensuite, avec précaution, les couches musculeuses, comme dans l'opération de la hernie ; arrivé au péritoine, le chirurgien le soulève avec des pinces à disséquer, et y fait une ouverture en dédolant ; si l'épiploon ou l'intestin se présentent, ils sont doucement repoussés ; à l'aide de la sonde cannelée, on achève l'incision du péritoine : la tumeur se présente au fond de la plaie ; on panse à plat, et le malade est tenu au régime des opérations graves. Deux ou trois jours après, l'appareil est levé ; le péritoine s'est enflammé par le contact de l'air, le kyste a contracté des adhérences avec les bords de la plaie : c'est alors qu'on y plonge le bistouri ; le liquide contenu évacué, on introduit dans l'ouverture une mèche de linge effilé, et l'on panse avec des plumasseaux. (*Journal hebdom.*, tom. I, pag. 117.)

Si dans ce mode opératoire l'étendue des incisions peut être moins calculée, l'action directe de l'instrument tranchant sur le péritoine, et surtout l'entrée libre de l'air dans sa cavité, sont des circonstances qui doivent faire redouter une péritonite générale, bien plus que dans la méthode précédente ; et, enfin, si ce procédé est le seul applicable aux tumeurs qui ne sont pas en contact immédiat avec les parois abdominales, ne vaudrait-il pas mieux, ainsi qu'on l'a sagement exprimé déjà, respecter ces tumeurs que de tenter de les ouvrir (Dict. en 25 vol., tom. XIII).

IVe CLASSE. — LÉSIONS D'INNERVATION.

Elles peuvent porter sur l'accomplissement des fonctions de l'organe; tel l'ictère produit par cause morale.

Elles peuvent porter sur la sensibilité du foie, et constituent alors les névralgies du foie.

NÉVRALGIES DU FOIE.

La névralgie du foie a été désignée sous le nom d'*hépatalgie*.

Elle est constituée par une douleur plus ou moins vive, plus ou moins durable, quelquefois continue, souvent intermittente sans tuméfaction ni augmentation de sensibilité sous la pression, ayant son siége dans la profondeur du foie, et que l'on ne peut raisonnablement attribuer à une inflammation actuelle ou à une lésion organique quelconque de ce viscère.

Le siége de cette affection est dans les rameaux que le plexus solaire fournit au foie, lesquels, venant à s'affecter, renvoient aux centres nerveux leur souffrance.

La névralgie du foie succède quelquefois à d'autres névralgies.

Les causes et le diagnostic de cette affection sont très-difficiles à établir. Ce n'est guère que par voie d'exclusion que l'on pourra être amené à soupçonner l'existence de cette affection. Elle peut surtout être confondue avec la douleur due au passage ou à la présence de calculs dans les voies biliaires.

Le traitement est le même que celui de toutes les névralgies : émollients, antispasmodiques, bains tièdes longtemps prolongés, narcotiques, repos; tels sont les principaux moyens qu'on emploie.

—

MALADIES DES ORGANES DE L'APPAREIL D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Phlegmasies.

L'inflammation aiguë de la *vésicule du fiel* accompagne assez souvent les diverses maladies du foie, et surtout les calculs biliaires; sans ces complications, c'est une maladie assez rare.

Caractères anatomiques. On a trouvé la vésicule perforée (Cruveilhier), remplie de pus et sillonnée d'ulcérations (Stoll, Lancisi), affaissée, percée de plusieurs ouvertures, ulcérée (Martin Salon, Desjardins), protubérante, épaissie (Scott).

La phlegmasie des conduits biliaires est une affection encore plus rare. La *Bibliothèque britannique*, tom. LX, 1815, pag. 53, a publié l'observation suivante : M. Curry fut appelé un jour, à sept heures du matin, au secours d'une dame âgée de 72 ans, qu'il avait vue la veille parfaitement bien portante, et qui venait de se trouver mal. Il arriva au moment où elle expirait. On lui raconta qu'une demi-heure auparavant, après avoir passé une très-bonne nuit, elle s'était plainte, à son réveil, d'une vive douleur à l'estomac avec quelques nausées; elle avait demandé une infusion de mélisse, et mourut en la buvant. M. Curry avait ouï dire à Londres, au docteur George Fordyce, qu'il avait vu des cas de mort subite occasionnée par l'irritation que cause quelquefois le passage d'un calcul biliaire au travers du conduit cholédoque. La douleur dont s'était plainte la malade lui faisait soupçonner quelque chose de semblable. Il demanda l'ouverture du cadavre, et il trouva tout le corps en bon état, à l'exception du canal cholédoque dont l'intérieur parut fort enflammé, et portait évidemment les traces d'une grande irritation. Cependant on ne découvrit, ni dans l'intestin, ni dans aucune partie du canal alimentaire, aucun vestige de calcul, mais il y en avait dans la vésicule du fiel, et il ne semble pas impossible que l'un d'eux y eût reflué après s'être engagé dans le conduit.

Dans la *fièvre bilieuse de l'Inde*, on trouve, d'après quelques médecins anglais, les parois de ces canaux tuméfiées de telle sorte qu'on ne peut y introduire une sonde.

Causes. L'inflammation des voies d'excrétion de la bile est diverse. D'après des observations exactes, l'inflammation du duodénum peut se propager aux canaux et à la vésicule. D'après M. Gendrin, il en serait toujours ainsi. Mais il est prouvé aussi que cette phlegmasie peut exister indépendamment de celle du duodénum. Si l'on en croit Rœderer et Wagler, cette maladie, dans certains cas, serait due à la présence des vers : ils assurent en avoir trouvé dans les voies biliaires, que ces insectes avaient irritées. D'un autre côté, M. Guersent a rapporté l'observation d'un enfant de quatre ans, chez lequel une colique hépatique mortelle fut provoquée par le passage d'un ver dans le canal cholédoque.

Cette maladie peut aussi reconnaître pour cause les coups portés sur l'hypocondre; mais la cause la plus fréquente est la présence de calculs. Doit-on, avec quelques auteurs, admettre que le rhumatisme fixé sur la vésicule biliaire en détermine l'inflammation?

Comme nous l'avons déjà dit, si cette maladie est quelquefois idiopathique, elle est le plus souvent liée à des affections du foie, à la présence des calculs, et aux maladies de l'estomac et du duodénum.

Symptômes. Dans les faits publiés jusqu'ici, on trouve comme symptômes : douleur soudaine, vive, atroce au rebord des fausses côtes, augmentée par la pression, la respiration, le décubitus sur le dos. Le malade peut à peine s'étendre, et le plus souvent il se couche sur le côté gauche en repliant les membres inférieurs. Le paroxysme de la douleur dure pen-

dant plusieurs heures, puis il diminue; et ordinairement, à mesure qu'il diminue, l'ictère se manifeste. En même temps il a des vomiturítions ou des vomissements qui n'amènent que des matières aqueuses ou verdâtres. Ces vomissements suivent la douleur et diminuent avec elle. La fièvre se joint à ces accidents, et lorsque la première acuité des symptômes est tombée, les auteurs signalent une fièvre accompagnée d'un pouls petit et serré, d'une soif vive, mais où il n'y a ni frisson ni chaleur remarquables. La constipation existe, et l'urine a les caractères de l'urine des ictériques. Si la maladie tend à la guérison, la douleur et l'ictère s'évanouissent peu à peu, les selles deviennent régulières; sinon, les souffrances se réveillent par intervalles, l'ictère s'accroît, la peau devient sèche, et la mort survient, soit par l'effet de l'inflammation seule de la vésicule, soit par la perforation de cette poche, accident qu'on reconnaît à l'apparition subite des symptômes d'une péritonite aiguë.

Cette maladie est fort douloureuse et fort grave; on doit toujours craindre, en effet, que la vésicule ne se perfore et ne donne lieu à une péritonite mortelle.

Traitement Il doit être antiphlogistique et se composer des saignées générales plus ou moins répétées, des saignées locales sur l'hypocondre droit à l'aide des sangsues ou des ventouses, d'applications émollientes sur le lieu douloureux, de bains tièdes, de lavements et de calomel à dose purgative.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

DE L'HYDROPISIE DE LA VÉSICULE.

Selon M. Littré, on a donné le nom d'hydropisie de la vésicule à deux états pathologiques très-différents. Dans le premier, qu'on appellera plutôt *œdème de la vésicule,* la membrane muqueuse et le tissu sous-muqueux sont infiltrés de sérosité. Cet œdème est secondaire; M. Louis l'a observé un certain nombre de fois. C'est une altération qui rentre plutôt dans le domaine de l'anatomie pathologique que dans celui de la pathologie.

Il n'en est pas de même de l'autre état. Alors il s'accumule dans la vésicule un liquide tout différent de la bile; et pour cela il faut que toute communication soit coupée avec le foie, c'est-à-dire que le canal cystique soit obstrué.

Dans ce dernier cas, on voit que l'hydropisie de la vésicule aura toujours été précédée de souffrances vers l'organe biliaire, qui auront accompagné l'occlusion du canal cystique. Les malades qui en sont affectés se plaignent d'une douleur non pas très-violente, mais obtuse et continue vers les fausses côtes droites; l'hydropisie de la vésicule étant souvent jointe à la lithiase biliaire, la douleur a des intermissions et des accès; mais elle est obtuse et égale si l'accumulation du liquide dépend de la simple oblitération du canal cystique.

Quand ces symptômes ont duré quelque temps, il apparaît au-dessous du rebord des fausses côtes, dans l'hypocondre droit, une tumeur qui s'accroît peu à peu, et qui se porte tantôt vers la région épigastrique, tantôt vers la région iliaque. Volter citait un exemple où elle était descendue jusque dans l'hypogastre : cette tumeur est molle au toucher et circonscrite. Le plus souvent, les malades ne sont pas fort incommodés de cette affection : ils peuvent, pendant longtemps, vaquer à leurs affaires, sans éprouver de très-grands dérangements de santé.

Mais c'est là l'hydropisie de la vésicule dans un état de simplicité qui n'est pas commun. Le plus souvent elle est unie, soit à des calculs, soit à des maladies du foie qui minent la constitution ou déterminent de graves accidents. La vésicule elle-même, dans cette condition, est parfois prise d'inflammation : alors on voit augmenter la douleur de l'hypocondre, les vomissements survenir, la fièvre s'allumer, et le malade succomber, soit que l'inflammation seule le tue, soit que la vésicule, en se rompant, occasionne une péritonite mortelle. C'est l'observation de ces accidents qui a fait dire aux médecins que les malades affectés d'hydropisie de la vésicule du fiel meurent souvent en très-peu de temps. La rupture peut aussi être causée par un coup ou une chute sur l'hypocondre.

Les qualités de l'humeur contenue dans la vésicule varient beaucoup. De Haen a trouvé sur un hydropique dont le foie était tout granuleux, la liqueur de la vésicule aqueuse, et sans la moindre amertume; elle n'était pas transparente et insipide, mais elle était tremblante comme de la gélatine. Bernard (Reils, archiv., B. 3, S. 479) l'a trouvée semblable à de l'albumine ou de la synovie. En effet, la chaleur et les acides y ont déterminé un précipité floconneux. Glisson a rencontré, dans la vésicule d'une femme cachectique, un liquide séreux, incolore, sans aucune amertume, et plutôt d'un goût douceâtre. Dans un cas observé par Tiedeman, la vésicule contenait une humeur limpide filante comme l'albumine; l'acide acétique y déterminait un précipité. M. Louis a vu ce liquide semblable à du blanc d'œuf ou de l'urine.

L'ascite, qu'on a observée dans certaines hydropisies de la vésicule, ne lui appartient pas en propre, et ne peut être rangée parmi les conséquences nécessaires de cette affection; elle dépend de complications qui portent, la plupart du temps, sur le foie.

Il en est de même de l'ictère. Tant que le mal se borne strictement à l'occlusion du ca-

nal cystique et à la distension de la vésicule; il n'y a pas de jaunisse; mais lorsque des calculs obstruent ou enflamment les autres canaux, lorsque le foie devient malade à son tour, alors la peau se colore en jaune : de sorte que si l'on parvient à reconnaître, dans un cas particulier, une hydropisie de la vésicule non accompagnée d'ictère, on pourra ajouter que le foie et les canaux cholédoque et hépatique sont encore intacts.

Le diagnostic présente certaines difficultés. Quand la maladie est compliquée d'ictère, on est conduit tout naturellement vers le foie; et la tumeur, située un peu au-dessus de l'ombilic et au-dessous du rebord des fausses côtes, douloureuse, élastique et circonscrite, qui, percutée, donne un son humorique, ne pourrait être prise que pour un abcès du foie. Remarquez que ces tumeurs de la vésicule, distendue soit par la bile, soit par un autre liquide, sont considérées ici comme n'ayant contracté aucune adhérence inflammatoire avec les parois abdominales, et comme ne tendant pas à la suppuration. C'est surtout dans le cas de calcul que cet accident survient, et qu'il se forme des fistules biliaires. Cette remarque rend facile le diagnostic des abcès du foie et de la tumeur de la vésicule, laquelle ne présente pas l'empâtement des téguments, et qui, enfin, n'aboutit pas à la suppuration; mais il n'est pas possible de dire si la tumeur qu'on sent à l'hypocondre est due à une hydropisie de la vésicule ou à la distension de ce réservoir par la bile.

S'il n'y avait point d'ictère, ce ne serait plus à une rétention de bile dans la vésicule qu'on aurait affaire; mais alors il serait fort difficile de la distinguer d'une hydropisie enkistée située à la même place; il n'y aurait plus guère que les signes anamnestiques qui, s'ils se rapportaient à une maladie du foie, feraient admettre une accumulation de liquide dans la vésicule.

Il arrive quelquefois qu'une telle affection incommode à peine les malades, lorsque les autres lésions de l'appareil biliaire sont peu considérables; mais il est toujours à craindre qu'une phlegmasie ne se développe dans cette poche distendue, et une semblable inflammation est des plus dangereuses. Les remèdes qu'on a à lui opposer n'agissent guère contre elle et sont plutôt dirigés contre les lésions qui peuvent l'accompagner, tels que calculs, inflammation, engorgement du foie. Il n'est qu'un moyen qui lui soit directement applicable, c'est la ponction.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

Nous empruntons au même auteur les descriptions suivantes :

OSSIFICATIONS.

Parmi les organes qui tiennent immédiatement au canal intestinal, la vésicule paraît la plus sujette à l'ossification. Baillie a vu les membranes très-épaissies de la vésicule transformées par places en une sorte de substance osseuse; et Valter, sur une femme de 84 ans, la vésicule changée en un réservoir osseux. Grandchamp l'a rencontrée, sur une femme de 67 ans, convertie en une masse complétement osseuse, rougeâtre, dure et de la grosseur de la tête d'un fœtus de sept mois. Sa plus grande circonférence avait neuf pouces, la plus petite quatre. Elle contenait une gélatine grise, partout transparente, et qui avait d'autant plus de consistance qu'elle se rapprochait davantage des parois de la vésicule, où elle était presque cartilagineuse. Les parois de la vésicule qui pesait une livre deux onces, avaient près de deux lignes d'épaisseur. Ce n'était qu'à la fin du diamètre longitudinal qu'elle se partageait en deux crochets cartilagineux; du reste, elle était tout osseuse. Le canal cystique manquait et ne paraissait même pas avoir jamais existé. Le canal hépatique allait directement du foie au duodénum. De même M. Meckel a trouvé, sur une femme de 60 ans, la vésicule, qui avait la grosseur d'un œuf d'oie, transformée en une substance généralement osseuse, qui s'était formée entre la tunique péritonéale beaucoup épaissie, et la membrane muqueuse existant partout, et qui était fortement adhérente à toutes deux. Elle renfermait une bile claire et environ trente calculs biliaires. Il n'y avait que le col de la vésicule, un peu élargi, qui ne se fût pas ossifié; les voies biliaires étaient saines du reste.

Sœmmering rapporte un cas d'ossification du canal cholédoque. Hufeland en cite un exemple remarquable. Une femme enceinte avait été affectée, dans les derniers mois de la grossesse, d'un ictère opiniâtre; ayant éprouvé des hémorragies assez abondantes de l'utérus, des narines et des gencives, elle succomba. A l'ouverture du corps, on trouva le foie induré; le canal cholédoque, au point où les conduits hépatique et cystique se réunissent, transformé en une matière osseuse. On pense que ces indurations de la vésicule et des canaux tiennent aux mêmes causes que celles qui produisent les calculs biliaires. Cependant il faut admettre que là, comme ailleurs, les progrès de l'âge ou certaines causes qui nous échappent produisent l'incrustation de ces organes.

Il n'est guère probable que ces diverses lésions puissent se soupçonner pendant la vie. L'ictère, la douleur dans l'hypocondre droit appartiennent bien plus souvent à d'autres affections de l'organe biliaire, et il n'est pas

possible de tirer de ces symptômes un diagnostic précis de l'ossification de la vésicule ou des conduits de la bile.

DE L'ATROPHIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

Parmi les altérations dont la vésicule biliaire est le siége, il en est une fort remarquable dont les auteurs ne contiennent pas beaucoup d'exemples. Elle consiste dans la disparition presque complète de ce réservoir membraneux, dont la cavité s'est rétrécie progressivement, et qu'on trouve converti en une petite masse fibreuse solide, de la grosseur et de la forme d'un pois. M. Ollivier, qui s'est livré à l'examen de ce point d'anatomie pathologique, en rapporte deux observations.

Un effet qui résulte nécessairement de l'atrophie de la vésicule biliaire, c'est la déviation particulière que présente alors le conduit excréteur du foie. Sa moitié supérieure forme une courbure très-prononcée qui s'efface peu à peu, et qui finit par faire avec le canal cholédoque un angle plus ou moins aigu, qui répond par son sommet au point d'insertion du canal cystique. Il paraît que le conduit cystique, en s'atrophiant, diminue progressivement de longueur, finit par disparaître, et réunit insensiblement la partie du canal hépatique à laquelle il s'insère avec le col et le corps de la vésicule, de manière que le tronc de ce conduit adhère immédiatement à la vésicule, avant même que la cavité de cette dernière soit complétement oblitérée.

Cette remarque pourrait porter à penser que l'atrophie de la vésicule biliaire commence d'abord par l'occlusion du conduit cystique, puisque son oblitération précède celle du réservoir auquel il communique. M. Ollivier pense qu'elle est due à la diminution de la sécrétion biliaire; mais il y a une foule de cas où le foie est autant et plus malade que dans les deux observations de M. Ollivier, et où cependant la vésicule ne s'est pas atrophiée. Il est plus que probable que cette atrophie est due à l'occlusion du canal cystique, laquelle produit tantôt ce que l'on a appelé l'hydropisie de la vésicule, tantôt son atrophie, ou à une inflammation qui a déterminé la réunion des parois de ce réservoir.

Sous le nom de *fellis defectus*, Sandifort a décrit un état fort analogue sur un enfant de 14 ans, dont le foie ne présentait d'ailleurs aucune apparence d'altération.

Cette altération ne doit pas être confondue avec l'absence congéniale de la vésicule. On observe constamment dans ce dernier cas une conformation particulière des vaisseaux biliaires ou du foie, en même temps qu'il n'existe aucune trace de la vésicule.

Le docteur Stœmen, dans le journal de *Hufeland*, rapporte un exemple très-remarquable de cette altération. Un soldat de 62 ans, affecté depuis longtemps de dérangements de digestion, finit par avoir une douleur dans l'hypocondre droit et des obstructions abdominales. Après un court soulagement, les accidents s'accrurent, il survint des vomituritions, de l'anorexie, de l'embarras dans les idées; et la constipation, jointe à une urine sédimenteuse, indiquait assez d'où venait ce trouble cérébral. Pendant six ans, le malade éprouva de perpétuelles rémissions et exacerbations; et enfin il succomba après être devenu ictérique peu de temps avant sa mort. On trouva, à l'ouverture du corps, plusieurs organes en suppuration dans le voisinage du foie; il ne restait aucune trace ni des canaux hépatique, cystique et cholédoque, ni de la vésicule elle-même.

M. Cratz, a recueilli, dans sa thèse, deux faits d'atrophie de ce réservoir. Dans la première, où le malade mourut d'une fièvre dite *nerveuse*, on trouva la vésicule biliaire grosse comme une noisette; ses parois étaient épaissies et appliquées contre un calcul. Dans le second, où le malade âgé de 80 ans succomba à une attaque d'apoplexie, la vésicule avait le volume d'une petite noix; elle renfermait un calcul; mais ici les parois étaient minces et blanches.

Cette atrophie de la vésicule n'a pas de symptôme qui lui soit propre. En effet, la douleur de l'hypocondre droit, divers dérangements de la digestion et l'irrégularité des selles ont peu de valeur pour le diagnostic d'une lésion si profondément cachée. Elle prouve, comme plusieurs autres faits, que l'existence de cet organe n'est pas indispensable aux fonctions digestives.

Des observations subséquentes au travail de M. Ollivier ont porté à croire que cette atrophie de la vésicule coïncidait avec un développement extraordinaire de l'appétit. Le flux continuel de la bile dans le duodénum en est-il la cause, si tant est que le fait soit réel? et faut-il rapprocher cette altération pathologique du cas signalé par Vesale, qui, chez un homme doué d'un appétit prodigieux, rencontra le canal cholédoque ouvert dans l'estomac.

D'un autre côté, Wiedemann, qui avait rencontré deux fois cette altération chez des sujets atteints de vésanie, avait établi un rapport entre la vésanie et l'atrophie de la vésicule biliaire : de même M. Cratz, qui dans deux cas a trouvé cette atrophie coïncidant soit avec l'apoplexie, soit avec une maladie cérébrale, et qui en rapproche une observation semblable rapportée dans Morgagni, se plaint que les auteurs modernes qui ont écrit sur l'apoplexie n'aient pas tenu compte de cette relation, et est très-porté à voir un rapport de cause et d'effet dans ces coïncidences.

Cette opinion de M. Cratz mérite d'être exa-

minée de nouveau. Dans un des cas rapportés par M. Ollivier, le malade avait succombé à des accidents cérébraux, de sorte que, sur le petit nombre de faits relatés dans cet article, la plupart présentent à la fois lésion de la vésicule et trouble cérébral.

COARCTATION, OCCLUSION ET DISTENSION DES VOIES BILLIAIRES.

La coarctation ou l'occlusion des conduits biliaires est produite ou par une adhérence de leurs parois, ou par l'épaississement et l'induration du tissu sous-muqueux, ou par une compression extérieure, ou par un calcul. Cette dernière condition est la plus fréquente de toutes. La place où se trouve l'obstacle a une influence remarquable sur la composition du liquide qui distend la vésicule. Cet obstacle est-il dans le canal cholédoque, l'entrée de la bile dans la vésicule n'est pas empêchée, et c'est par elle que ce réservoir est distendu ; est-il dans le canal hépatique, au-dessus de l'embouchure du cystique, la bile n'arrive plus ni dans la vésicule ni dans le duodénum. Dans un troisième cas, quand l'obstruction existe dans le canal cystique, elle ne permet plus l'arrivée de la bile ; et, à la place de cette humeur, on y trouve un liquide blanchâtre plus ou moins clair et muqueux : c'est évidemment le produit de la sécrétion de la membrane interne de la vésicule, la substance qui se mêle à la bile pendant son séjour dans la vésicule.

Les tumeurs de la vésicule, indépendamment des calculs, peuvent être produites par la compression qu'exerce sur les conduits l'engorgement squirrheux du pancréas, du duodénum ou de l'estomac, ou par l'oblitération de l'orifice du canal cholédoque dans le duodénum, ou par la tuméfaction de ganglions lymphatiques voisins. Meckreen a vu la distension et la rupture de cette poche déterminées par l'intussusception du canal cholédoque, dont une partie était entrée dans l'autre, comme font les intestins. Dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Bérard, la rétention complète de la bile était due à une bride fibro-celluleuse qui étreignait le canal cholédoque. Fabrice de Hilden et de Graaf ont vu les canaux biliaires rétrécis par l'accumulation de mucosités épaisses, et Morgagni, le canal hépatique occupé par un polype sarcomateux gros comme une noix.

L'occlusion, soit du canal cholédoque, soit du canal hépatique, produit la jaunisse, qui est alors nécessairement permanente, parce que la cause dont elle dépend ne se guérit point. Il serait très-difficile de distinguer cette jaunisse de celle que détermine l'engorgement chronique du foie, attendu que la cause est également persistante dans un cas comme dans l'autre. Cependant si la vésicule distendue débordait les côtes, la fluctuation qu'on y pourrait sentir porterait à admettre une ampliation de cet organe, et par conséquent l'occlusion des voies biliaires en un point, plutôt qu'une maladie du foie lui-même.

Cette affection a plusieurs symptômes variables. Ainsi la douleur obtuse signalée par quelques auteurs manque souvent ; l'ascite consécutive manque plus souvent encore quand il n'y a engorgement ni du foie ni des organes environnants. M. Cratz a observé des spasmes violents et intermittents ; mais ce phénomène est rare et n'a rien de caractéristique. L'ictère, l'absence de la bile dans les excréments, la tumeur de la vésicule, si elle existe, sont les trois signes qui permettent de reconnaître un obstacle dans les voies biliaires. En analysant les signes concomitants, on essayera de déterminer la nature de ces obstacles.

Au reste, toutes ces affections sont au-dessus des ressources de l'art. (Dictionnaire en 25 vol., tome v.)

—

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE.

1re CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

DE LA NÉPHRITE AIGUE.

Caractères anatomiques. Le rein est rouge rempli de sang et tuméfié. Son tissu se déchire avec facilité dans quelques circonstances, on y rencontre de petits foyers purulents disséminés dans son parenchyme, et quelquefois des calculs libres ou implantés dans sa substance qu'ils ont déchirée par leurs angles. Si l'inflammation a été très-intense, le pus peut se trouver réuni en abcès considérables et s'être répandu en même temps dans les calices et dans les bassinets.

La néphrite peut occuper un seul rein ou les deux à la fois.

Causes. Quoique la néphrite puisse attaquer tous les âges, on l'observe plus communément chez les adultes que chez les enfants et les vieillards. Les hommes y sont aussi plus sujets que les femmes ; elle est plus fréquente sur les sujets à tempérament sanguin. On a observé que les individus nés de parents goutteux ou rhumatisants et que les goutteux eux-mêmes y sont plus prédisposés.

L'influence des climats est évidente sur la production de cette maladie. Rare dans les pays chauds, elle est au contraire fréquente dans les pays froids, et surtout dans ceux où règne une température humide, comme en Angleterre et en Hollande. La raison physiologique de cette influence des pays froids et humides sur la production de la néphrite est facile à donner. Il existe entre la sécrétion de la peau et celle des reins une relation telle, que l'une d'elles s'accroît toujours en proportion de ce que l'autre diminue : or, dans les pays froids et humides, la transpiration cuta

née étant presque nulle, les reins, pour suppléer cette sécrétion, sont forcés à une activité continuelle; et comme de l'état physiologique exagéré d'un organe à son état morbide il n'y a qu'un pas, et que l'un conduit à l'autre, il en résulte que les reins, incessamment surexcités, doivent être constamment prédisposés à s'enflammer. Tout au contraire, dans les pays chauds, la sécrétion cutanée étant très-abondante et celle des reins ne s'élevant presque jamais au-dessus de l'état physiologique, les phlegmasies de la peau s'y doivent montrer fréquentes et celles des reins très-rares, et c'est en effet ce qui a lieu. Mais à ces causes viennent s'en joindre d'autres très-puissantes et qui sont aussi, pour ainsi dire, communes aux pays froids et humides. Ces causes sont le grand usage de thé et de bière, boissons très-diurétiques, qui augmentent encore, par conséquent, l'action des reins déjà accrue par le défaut de transpiration cutanée. L'abus des liqueurs spiritueuses doit être encore rangé parmi les causes de la néphrite.

Les causes les plus fréquentes de la néphrite sont celles dont l'action s'exerce directement sur les reins, telles que les chutes sur la région lombaire et les plaies qui pénètrent jusqu'à ces organes. Les auteurs disent qu'elle peut être produite par les violentes secousses de la danse, de l'équitation, et par les cahots d'une voiture mal suspendue, en roulant sur un terrain raboteux. Les substances qui exercent une action irritante sur les organes sécréteurs de l'urine, comme l'huile essentielle de térébenthine, les cantharides et la plupart des poisons narcotico-âcres, les médicaments diurétiques administrés à trop fortes doses, certains miasmes, etc., peuvent déterminer la néphrite. Elle est souvent produite par une suppression brusque de la transpiration cutanée; souvent aussi elle est excitée et entretenue par la présence de graviers, et surtout de calculs anguleux dans les reins; on la voit quelquefois succéder à la disparition brusque d'une inflammation articulaire, goutteuse ou rhumatismale, comme aussi l'inflammation des testicules, celle de l'urètre et celle de la vessie, peuvent, dans quelques cas, se propager jusqu'aux reins.

Symptômes. Si l'invasion de la néphrite se fait brusquement, c'est par un frisson plus ou moins violent qu'elle débute. Bientôt une douleur vive, aiguë, lancinante ou bien obtuse, gravative, pongitive et profonde se fait sentir dans la région lombaire, d'un seul ou des deux côtés. Cette douleur se propage souvent à la vessie, à la verge, dans l'aine et au scrotum, quelquefois à la cuisse, et toujours du côté du rein enflammé, si un seul est dans cet état; cette douleur est augmentée par la pression, par le mouvement, lorsque surtout le malade est debout, par la toux, l'éternûment, le rire par les grandes inspirations, par les efforts pour aller à la garde-robe, et par toutes les secousses. Dans la partie souffrante, le malade éprouve une sensation de chaleur et de pesanteur, quelquefois de constriction ou de dilacération. L'écoulement de l'urine se fait goutte à goutte; elle est ordinairement rare, rouge, sanguinolente, et se supprime entièrement quand les deux reins sont enflammés; dans d'autres cas, elle est aqueuse, claire, limpide, et dépose un sédiment blanc et homogène; dans les cas où il existe des calculs, elle laisse déposer au fond du vase de petits graviers inégaux, irréguliers et semblables à du sable.

La néphrite développe des phénomènes sympathiques plus ou moins intenses. Ce sont la rétraction du testicule et l'engourdissement de la cuisse du côté du rein enflammé, des nausées, des vomissements bilieux, le développement de gaz intestinaux, un sentiment de constriction à l'épigastre, des douleurs vagues dans le ventre, le ballonnement de cette partie, de la diarrhée avec ténesme, la sécheresse de la langue, une soif plus ou moins vive, et un pouls dur, plein et quelquefois petit et intermittent. La peau, ordinairement sèche et brûlante, est quelquefois couverte de sueur, et si le cours et l'urine est entièrement suspendu, la sueur en contracte souvent l'odeur ammoniacale. Dans quelques cas, la néphrite donne lieu au hoquet, à une toux sèche, à la gêne de la respiration, à la douleur de tête et à l'insomnie.

Nous avons dit que l'inflammation du rein pouvait, dans quelques cas, donner lieu à des abcès dans la substance de cet organe. On pourra conjecturer qu'il en est ainsi, lorsque, après des symptômes de néphrite plus ou moins aiguë, au milieu desquels on a pu remarquer la plénitude du pouls et la chaleur halitueuse de la peau, la douleur devient pulsative, le pouls plein et mou, lorsque des frissons se déclarent et alternent avec de petites sueurs, et lorsque le malade vient à éprouver la sensation d'un poids plus considérable dans la région du rein affecté. Le diagnostic ne sera plus douteux quand les urines deviendront lactescentes ou qu'elles déposeront des flocons de pus au fond du vase. Enfin, le diagnostic deviendra encore plus facile, si le tissu cellulaire qui environne le rein participe à l'inflammation, ce qui arrive le plus ordinairement, que la région lombaire s'empâte, se tuméfie; que bientôt un tumeur distincte s'y dessine, et qu'une fluctuation profonde s'y manifeste.

On peut distinguer les douleurs que détermine la néphrite de celles occasionnées par la présence de calculs dans le rein, à ce que celles-ci sont aiguës, pongitives, déchirantes; elles surviennent tout à coup et cessent de même; elles semblent suivre et dessiner les

uretères; elles diminuent dans certaines positions et augmentent dans d'autres. On ne conservera aucun doute sur la nature de l'affection, si en même temps l'urine se supprime subitement avec la naissance de la douleur et coule de nouveau aussitôt que celle-ci s'apaise, et si surtout de petits graviers sont déposés sur les parois du vase de nuit.

Marche. La néphrite a ordinairement une marche continue.

La *durée* moyenne de la néphrite aiguë est de huit à vingt jours.

Sa *terminaison* la plus ordinaire est la résolution, qui est annoncée par un sédiment abondant, épais et roussâtre dans les urines, par une hémorragie par l'anus ou par l'urètre, une diarrhée ou une sueur abondante. Quand la maladie se termine par suppuration, ou bien le pus reste emprisonné dans le rein et le désorganise si on ne lui ouvre une issue, ou il se fait jour par le colon, ou bien il s'épanche dans la cavité abdominale, ou bien encore il vient former un dépôt à l'aine ou à la marge de l'anus; enfin, dans les cas heureux, il descend dans la vessie par l'uretère et s'évacue avec l'urine. On a vu la néphrite, fort rarement, il est vrai, entraîner la gangrène de l'organe,

Pronostic. Quand la néphrite résulte de la blessure de l'organe, elle est presque toujours mortelle; elle a rarement une issue funeste, au contraire, dans les autres cas.

Traitement. La néphrite aiguë réclame tout d'abord le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur. Saignées générales répétées, applications nombreuses de sangsues sur la région des reins, cataplasmes émollients, bains tièdes très-prolongés, demi-lavements émollients et narcotiques, diète absolue, boissons mucilagineuses émulsionnées, mais non diurétiques, voilà les moyens les plus rationnels et les plus généralement employés. Les premières saignées doivent être fortes; on pourra sans crainte tirer deux livres de sang à la fois, car par ce moyen on pourra peut-être faire avorter la phlegmasie et en prévenir la terminaison par suppuration. On ne doit pas craindre non plus de les répéter autant que l'inflammation l'exige et que les forces du malade le permettent. Quelques auteurs, et M. Roche entre autres, disent qu'il convient de n'administrer les boissons qu'avec parcimonie, et surtout si les deux reins soit enflammés, pour ne pas obliger ces organes à un travail sécrétoire qui ne ferait qu'accroître leur inflammation; il faut même, disent-ils, en priver complétement le malade et étancher sa soif en lui faisant sucer quelques quartiers d'orange, lorsque l'urine est entièrement supprimée, parce que ce signe annonce ou une inflammation excessive des deux reins, ou l'oblitération des uretères par des calculs, et que, dans le premier cas, il importe de laisser reposer les organes de la sécrétion urinaire, et que, dans le second il faut éviter d'accroître la quantité du fluide sécrété.

Mais d'autres praticiens ne partagent pas cet avis de ne donner que de petites quantités de boissons aux malades atteints de néphrite aiguë. Quelques-uns pensent, au contraire, que l'administration de boissons mucilagineuses abondantes concourt puissamment à diminuer l'inflammation, et ils se fondent sur ce fait incontestable que plus l'urine est rare et concentrée, plus elle est irritante. La théorie donc semble également favorable à ces deux préceptes; c'est à l'expérience qu'il appartient de prononcer.

Aussitôt que l'inflammation est devenue moins intense, on pourra recourir aux révulsifs sans cantharides sur les extrémités inférieures, aux embrocations d'huile tiède camphrée sur la région des reins et à quelques légers laxatifs. Ces moyens auront d'autant plus de succès qu'ils seront employés plus près du déclin de la maladie.

Quand, malgré un traitement énergique, un abcès se forme dans la substance du rein, s'il acquiert un grand développement et qu'il fasse saillie dans la région lombaire, il importe d'en faire l'ouverture aussitôt que la fluctuation se fait sentir.

DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. Ils sont à peu près les mêmes que ceux de néphrite aiguë. C'est dans cette forme de la maladie que se forment des abcès considérables, qui détruisent quelquefois le parenchyme entier de l'organe, et qui, au moyen du tissu cellulaire, fusent souvent au loin sous la peau, ou, perforant le péritoine, déterminent son inflammation, ou qui viennent s'ouvrir dans le colon.

La néphrite chronique peut être simple ou calculeuse, elle peut être primitive ou consécutive à la néphrite aiguë.

Symptômes. La néphrite chronique simple et primitive ne donne lieu, en général, qu'à des symptômes assez obscurs et qui ne diffèrent de ceux de la néphrite aiguë que par l'intensité. Souvent les malades n'accusent qu'une douleur médiocre dans la région des lombes et dans l'aine, accompagnée de rétraction du testicule, d'engourdissement de la cuisse et de l'émission d'urines sanguinolentes. Ces symptômes sont continus, ce qui les distingue de ceux occasionnés par la présence de calculs. Mais ces symptômes, faibles d'abord, prennent peu à peu une intensité plus grande, et à mesure que la maladie fait des progrès, un mouvement fébrile s'établit, la maigreur survient, le malade s'alite, des complications digestives ou péritonéales survien-

ment, et le malade succombe dans le marasme.

La durée de la néphrite chronique est toujours très-longue.

Traitement. On combat cette maladie par l'application de ventouses scarifiées aux régions rénales, des cautères, des sétons, et même des moxas. On prescrit un régime doux et végétal, des boissons aqueuses abondantes, un exercice modéré, et l'on cherche à provoquer la transpiration cutanée. Quand la maladie est sous l'influence de calculs rénaux, on emploie un traitement spécial que nous indiquerons plus bas.

DE LA CYSTITE.

Le mot *cystite* indique d'une manière générale l'inflammation de la vessie urinaire; mais cette acception a été singulièrement restreinte par l'usage. Le plus grand nombre des auteurs réservent ce nom à l'inflammation aiguë de la vessie attaquant toutes les membranes qui composent cet organe. L'inflammation bornée à la tunique muqueuse est, au contraire, décrite sous le nom de catarrhe vésical.

Pour nous, nous prenons le mot cystite dans son acception la plus étendue, et nous désignons ainsi l'inflammation de la vessie urinaire, soit qu'elle s'étende à toutes les membranes, soit qu'elle n'en atteigne qu'une seule. Mais comme l'inflammation isolée de la membrane muqueuse de la vessie est une maladie pour ainsi dire distincte de la cystite générale ou profonde, par ses causes, par son traitement et par ses symptômes, nous la décrirons à part.

DE LA CYSTITE PROFONDE OU GÉNÉRALE.

(Cystite proprement dite).

Caractères anatomiques. Si la maladie s'est terminée en peu de temps par résolution, elle ne laisse aucune trace de son existence. Lorsqu'elle a duré plusieurs mois, on a trouvé quelquefois les parois de la vessie légèrement épaissies, et dans quelques cas, une ou plusieurs branches des veines vésicales, variqueuses et devenues plus apparentes. Si la durée de la maladie a été encore plus longue, la membrane muqueuse est parfois épaissie, et la musculaire parfois hypertrophiée. Si la cystite a été suivie de suppuration, les parois de la vessie offrent dans leur épaisseur des fusées de pus; la membrane musculaire est épaissie et ses fibres sont écartées par une infiltration purulente. Plus rarement on trouve des foyers contenant plusieurs onces de pus. Quand ce liquide s'est fait jour à l'extérieur de la vessie, on en rencontre des collections plus ou moins abondantes dans le petit bassin. La suppuration ne commence pas toujours par les mêmes parties; c'est tantôt au périnée, tantôt sur les côtés du rectum, tantôt, suivant Chopart, vers le col de la vessie. Si le pus trouve une issue plus facile du côté interne des parois de la vessie, et qu'il ait continué de s'écouler ainsi en se mêlant aux urines, on découvre sur le cadavre des ouvertures fistuleuses plus ou moins étendues et profondes, qui sont quelquefois entourées de veines variqueuses ou couvertes de sang noir épanché par la rupture de petits vaisseaux qui rampent dans leur fond. Toutes ces ouvertures exhalent une odeur infecte. De fausses membranes libres ou adhérentes recouvrent la membrane muqueuse, et c'est leur expulsion par l'urètre qui a fait répéter à tant de médecins que la membrane muqueuse de la vessie pouvait être entièrement détachée et expulsée par portions, avec les urines. Si la maladie a été suivie de gangrène, les escarres se forment sur le lieu qui a reçu la plus vive irritation.

L'hypertrophie de la membrane musculeuse peut être portée fort loin, et acquérir, suivant M. Velpeau, jusqu'à un pouce d'épaisseur. Alors la couleur de cette membrane est rouge, quoiqu'elle puisse en même temps être infiltrée de pus, comme l'a vu M. Velpeau dans l'un des trois cas où il a rencontré cette hypertrophie remarquable. Dans le cas d'atrophie des parois de la vessie, l'on trouve des ulcérations tout à fait différentes. Les membranes qui composent cet organe sont amincies, pâles, et en général ont perdu une partie de leur consistance. Ce dernier phénomène est plus remarquable sur la membrane muqueuse.

Causes. L'âge mûr est une cause prédisposante de l'inflammation de la vessie, les femmes y sont aussi sujettes que les hommes; néanmoins, parmi ceux-ci, ce sont les plus robustes qui en sont le plus fréquemment atteints. On n'a point remarqué que les influences de l'atmosphère et du sol aient une cause particulière sur le développement de la cystite générale; nous verrons qu'elles en ont une très-grande, au contraire, sur la cystite catarrhale. Cette phlegmasie reconnaît ordinairement pour causes celles qui agissent directement et immédiatement sur la vessie. Telles sont les plaies pénétrantes du bas-ventre, l'opération de la taille, un cathétérisme long et douloureux, les coups, les chutes sur l'hypogastre, une hernie dans laquelle la vessie a été entraînée; un accouchement laborieux, pendant lequel cet organe a été pressé longtemps par la tête du fœtus, ou même blessé par les instruments de l'accoucheur; l'usage des diurétiques très-énergiques, l'empoisonnement par les cantharides ou même leur emploi comme médicament. On a souvent vu survenir la cystite après la suppression d'une hémorragie accoutumée, d'un

exutoire ancien, après la rétropulsion de la goutte ou d'un exanthème cutané.

Elle peut être produite par voie de continuité ou de contiguité et par les progrès d'une inflammation qui a primitivement frappé le péritoine, la matrice, le rectum, etc. Cette inflammation par continuité est surtout remarquable dans les cas de blennorragie.

Si les calculs vésicaux donnent le plus ordinairement lieu à la cystite catarrhale, ils peuvent aussi déterminer quelquefois l'inflammation simultanée de toutes les membranes de la vessie. C'est ce qui peut arriver surtout aux calculeux qui sont forcés de faire une longue route à cheval ou dans une voiture mal suspendue.

Symptômes. La fièvre précède quelquefois les symptômes locaux. Ceux-ci sont la grande sensibilité de l'hypogastre, les douleurs vives à la moindre pression exercée sur cette partie, ou même dans des points plus éloignés de l'abdomen; les besoins d'uriner douloureux et fréquemment renouvelés; l'éjection de quelques gouttes d'urine après de violents efforts. Si ces accidents se prolongent quelque temps, ils en amèneront de nouveaux encore plus graves : la vessie distendue par les urines fait saillie au-dessus du pubis; le ventre entier augmente de volume, il ne peut supporter la plus légère couverture; tout le corps est baigné d'une sueur qui répand l'odeur de l'urine : le malade est tourmenté d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe, et aussi d'une sorte de *ténesme* vésical, avec prurit douloureux au méat urinaire. Si quelques gouttes de liquide sont évacuées, il semble qu'elles appellent de nouvelles douleurs, car aussitôt la cuisson ou une espèce d'ardeur avec élancement le réveille; il n'y a de repos que dans le moment où le malade s'approche du vase à uriner. Mais ce mieux-être ne dure pas longtemps; les efforts que commande sans cesse le besoin d'uriner non satisfait jettent le malade dans une tristesse et un désespoir qui viennent encore aggraver tous les phénomènes morbides.

Parvenus à ce haut degré d'intensité, les symptômes décroissent bientôt, tantôt par une sorte de résolution favorable, tantôt par la prostration adynamique qui suit de graves désordres locaux, tels que la suppuration ou la gangrène de la vessie. Dans le premier cas, le cours des urines se rétablit peu à peu, à mesure que les phénomènes inflammatoires deviennent moindres. Lorsque la terminaison doit être funeste, la fièvre est continue, le pouls petit, serré et presque imperceptible, il augmente de fréquence, la langue se sèche et la soif est extrême. A ces fâcheux symptômes se joignent quelquefois un hoquet continuel, ou de la cardialgie, ou de violents efforts pour vomir. Alors la cessation subite du ténesme vésical, des besoins d'uriner et le froid des extrémités annoncent une mort très-prochaine.

La cystite déterminée par la présence de calculs vésicaux, et qui, pour l'ordinaire, est une cystite chronique, donne lieu à quelques symptômes différents. Alors la membrane musculeuse a subi un épaississement plus ou moins considérable, et en général la cavité de la vessie est alors diminuée. Cette diminution, qui arrive d'une manière progressive, se dénonce par des besoins plus fréquents et plus impérieux d'uriner. L'émission de l'urine devient douloureuse. La vessie se contracte avec force sur la pierre, et ce contact répété agace, irrite la surface interne de la vessie, et provoque une sécrétion de mucus très-abondante.

Dans les cas où les parois de la vessie s'atrophient au lieu de s'hypertrophier, et où la capacité de ce viscère augmente en même temps d'étendue, M. Civiale assure que la plupart des symptômes connus généralement pour les signes rationnels de la pierre manquent ou se présentent avec des caractères spéciaux. On trouve rarement dans l'urine cette masse de matière muqueuse que produit le catarrhe vésical dans les cas ordinaires. Ce liquide est fortement coloré, très-fétide, trouble, bourbeux; le dépôt qu'il forme au fond du vase, par le repos et le refroidissement, est très-divisé, floconneux, pulvérulent; il se rapproche du dépôt purulent, moins la couleur qui est plus ou moins foncée. Du reste, le malade souffre peu; c'est en commençant, plutôt qu'en finissant d'uriner, qu'il ressent de la gêne, du malaise, un peu de chaleur. L'urine ne coule pas aussitôt que le malade se présente sur le vase, il est obligé de faire quelques efforts; on remarque, dans l'ensemble de la constitution, de la mollesse, de la flaccidité; il y a une sorte d'anéantissement général, la maigreur est rapide et tout à fait en disproportion avec les symptômes locaux. On doit la connaissance de cet état aux applications de la lithotritie.

Marche et durée. Elles sont très-variables. Ainsi la cystite attaquant un homme dans la force de l'âge, et d'une constitution vigoureuse, suivra une autre marche que la même affection développée chez un individu d'une organisation faible ou qu'une longue maladie précédente a jeté dans une atonie générale. Dans le premier cas, les phénomènes inflammatoires peuvent atteindre leur plus haut période avant le troisième jour, et leur terminaison être parfaite au bout du premier ou au moins du second septenaire. Dans l'autre cas, la maladie, quoique mettant aussi peu de temps à arriver à son maximum d'exaltation, est bien plus longtemps à se terminer;

elle peut durer ainsi plusieurs mois, plusieurs années ; c'est la *cystite chronique.*

Dans celle-ci la douleur est à peine appréciable ; les malades ne se plaignent qu'après quelques exercices violents, quelques excès dans le régime alimentaire ou dans les plaisirs vénériens. Mais, si ces causes viennent à agir avec plus d'intensité, elles sont suivies de symptômes plus prononcés, de dysurie, de fièvre, etc. Elle peut être la suite de la cystite aiguë. Il est, dans la plupart des cas, fort difficile de la distinguer de la cystite catarrhale.

Terminaison. La cystite aiguë peut se terminer par résolution. La terminaison par suppuration n'est pas très-rare. Dans celle-ci, douze à dix-huit heures après que les phénomènes inflammatoires ont atteint le plus haut degré d'intensité, les urines deviennent lactescentes ; elles présentent quelques stries de sang et répandent l'odeur particulière aux sécrétions purulentes. Dans d'autres circonstances, le foyer purulent s'ouvre à l'extérieur de l'organe, s'étend dans le petit bassin, et après un temps quelquefois assez long se montre au périnée ou à la marge de l'anus. Cet accident est très-grave et toujours mortel.

La terminaison par gangrène est encore plus rare ; elle n'est guère observée qu'après une rétention d'urine qui subsiste depuis plusieurs jours. Il se forme une escarre plus ou moins étendue et quelquefois multiple, dont la rupture entraîne bientôt la mort du malade, surtout si l'épanchement se fait dans la cavité abdominale. Mais la solution de continuité de la vessie n'est pas toujours précédée de gangrène ; elle peut avoir lieu par rupture lorsque les parois de ce réservoir musculo-membraneux ont été affaiblies par l'accumulation des urines. Alors le moindre effort peut amener cet accident mortel, qui est surtout à craindre quand l'inflammation occupe le col de la vessie.

Pronostic. Sa gravité varie avec l'intensité de la maladie. La cystite aiguë est plus grave que la cystite chronique. L'inflammation, qui occupe le bas-fond de la vessie, le trigone vésical et le sommet de l'organe, est plus grave que celle des autres parties. En général, la cystite est moins grave chez les femmes que chez les hommes. La cystite qui dépend d'un calcul est très-fâcheuse.

Traitement. Au début de la maladie, les évacuations sanguines doivent être employées avec une énergie proportionnée à l'intensité des symptômes. Après les saignées ou entre chaque évacuation sanguine, il faut donner des bains tièdes longtemps prolongés, et surtout des bains de siége qu'on pourra rendre émollients, en les composant avec une décoction de quelques substances mucilagineuses, telles que celles de mauve, de guimauve, de graine de lin. On emploiera aussi avec avantage les lavements de même nature souvent répétés, mais en petite quantité. Des compresses imbibées d'eau tiède ou une vessie remplie de ce liquide seront appliquées sur l'hypogastre. En même temps une diète sévère et un repos général seront prescrits au malade. Il prendra des boissons en petite quantité, il les prendra légères et chaudes.

Le cathétérisme doit être pratiqué assez tôt pour éviter l'accumulation des urines dans la vessie qui affaiblit par la distension les forces musculaires de cet organe. Mais faut-il placer une sonde à demeure, ou la replacer à chaque nouveau besoin, c'est une question encore controversée. On pourra maintenir la sonde dans la vessie toutes les fois que sa présence n'aura pas considérablement augmenté les phénomènes inflammatoires, et surtout si l'introduction en a été difficile ; il vaudra mieux, au contraire, la placer momentanément, si le canal de l'urètre paraît intact et d'un grand diamètre, et si l'obstacle paraît être tout à fait au col ou à l'orifice de la vessie.

DE LA CYSTITE MUQUEUSE OU CATARRHALE (CATARRHE DE LA VESSIE).

Caractères anatomiques. La mort est rarement le résultat de l'inflammation aiguë de la seule membrane muqueuse de la vessie ; en général, quand cette terminaison funeste a lieu, c'est que l'inflammation s'est propagée à toutes les membranes de l'organe. Mais les malades affectés de catarrhe vésical peuvent succomber à une autre maladie, et alors on trouve des plaques mal circonscrites, d'un rouge plus ou moins foncé, quelquefois jusqu'au violet, des ulcérations plus ou moins étendues et en nombre variable. La surface de l'organe est rarement atteinte en totalité ; tantôt c'est la paroi inférieure, tantôt la supérieure. Quand le catarrhe de la vessie a duré plusieurs années, la membrane muqueuse est considérablement épaissie et quelquefois cet épaississement se remarque aussi dans les tissus sous-jacents ; tous les vaisseaux sanguins environnants sont plus ou moins dilatés et forment des réseaux plus apparents et plus serrés que dans l'état sain. Le changement le plus remarquable qu'a éprouvé la vessie est donc une rétraction très-manifeste sur elle-même. Ce rapetissement détermine sur la muqueuse une foule de rides et de replis formant des loges plus ou moins profondes encroûtées parfois en quelques points d'un dépôt calcaire. En pressant entre les doigts ces brides membraneuses, on en exprime un fluide muqueux analogue à celui qui baigne les surfaces malades. Assez ordinairement la glande prostatique a pris un plus grand volume ; elle est quelquefois doublée, et sa consistance peut

être ramollie au point de rendre cette glande très-facilement déchirable.

Causes. Le catharre vésical est très-commun dans les pays humides, comme l'Angleterre et la Hollande. Les marins sont très-exposés au catarrhe de la vessie dans leurs dernières années. Cette affection est fréquente aussi chez les individus qui font un usage exclusif de nourritures très-azotées, de viandes, de poissons, et qui font abus de liqueurs alcooliques. Les professions qui exigent l'attitude assise longtemps prolongée prédisposent à cette affection; aussi les gens de lettres y sont-ils très-sujets, comme les cordonniers et les tailleurs.

Les femmes y sont moins sujettes que les hommes. Le catharre de la vessie peut attaquer tous les âges, mais c'est surtout chez les vieillards qu'on l'observe le plus fréquemment.

Le rétrécissement de l'urètre et tous les obstacles qui s'opposent à la libre excrétion des urines prédisposent à la cystite catarrhale.

On la voit souvent survenir après un changement brusque de température du chaud au froid, après l'ingestion d'une boisson à la glace pendant que le corps est en sueur, par l'abus de médicaments diurétiques, par les injections irritantes et à la suite d'excès vénériens. Elle est aussi occasionnée par la rétention prolongée et complète des urines, par la présence d'une pierre dans la vessie. On l'a vue survenir après le déplacement d'une affection arthritique ou rhumatismale ou d'une maladie cutanée.

Symptômes. L'invasion du catarrhe vésical est brusque ou graduelle. Dans le premier cas, il est difficile de le distinguer de la cystite aiguë : ce sont les mêmes phénomènes morbides que nous avons déjà exposés. Dans le second cas même, ce sont toujours, au début, les mêmes signes de l'inflammation aiguë, mais moins intenses. Mais bientôt ces premiers symptômes inflammatoires diminuent graduellement et la maladie passe à l'état chronique. La fièvre devenue moindre s'exaspère par moment; le malade éprouve des horripilations, des frissons dont les retours n'ont rien de régulier; des douleurs vagues se font sentir dans la région hypogastrique, surtout dans les efforts pour aller à la garde-robe. Pressé par le besoin d'uriner, le malade se réveille pendant la nuit et se sent soulagé par l'émission de quelques gouttes de liquide. Dans quelques cas, après une excrétion complète, le malade, en faisant quelques efforts, rejette par l'urètre un flocon glaireux, qui ressemble assez à une hydatide allongée; puis l'urine s'échappe à gros jet. Souvent une incontinence d'urine fort rebelle succède à ces symptômes.

Bientôt l'urine perd sa transparence et se colore de nuances variables : chez le plus grand nombre de malades, elle est lactescente d'abord; chez quelques-uns, elle passe à la couleur fauve ou orangée; dans quelques cas, elle contient du sang. Dans une période plus avancée de la maladie, elle reprend chez tous les individus la coloration naturelle, si ce n'est qu'elle est un peu moins limpide. Quand on la reçoit dans un vase, elle donne, après qu'elle est refroidie, une forte odeur ammoniacale; un peu plus tard elle devient légèrement acide. Pendant le refroidissement, la totalité du liquide se sépare en deux portions : l'une glutineuse, qui gagne le fond du vase, l'autre beaucoup plus considérable qui reste dessus. La quantité de cette humeur muqueuse varie suivant plusieurs circonstances; ainsi elle diminue et devient moins visqueuse si la maladie augmente d'acuité.

Durée. Elle varie suivant le degré d'intensité qu'elle a montré d'abord. Si à son début l'inflammation a été vive, elle suit dans ses périodes une marche rapide et passe rarement à l'état chronique; si au contraire elle a été lente et continue, elle peut se prolonger pendant plusieurs mois, plusieurs années.

Pronostic. En général, le catarrhe de la vessie est une maladie grave, qui, à l'état aigu, peut amener la mort, et en passant à l'état chronique, se prolonger pendant plusieurs années et tourmenter jusqu'à ses derniers jours le malade qui en est atteint.

Traitement. Le catarrhe vésical à l'état aigu réclame le même traitement que la cystite aiguë générale.

Quant au traitement du catarrhe chronique, voici comment l'a exposé M. Ferrus :

Extraire ou broyer le corps étranger, s'il en existe un dans la vessie, est le premier but que doit se proposer le médecin. L'inflammation qui suivra la manœuvre opératoire ne peut arrêter ici; le cas est autre que dans la cystite aiguë, et peut-être même que dans la variété qui nous occupe; cette exaltation momentanée de la vie est à désirer. Disons, en passant, que presque tous les malades calculeux sont affectés d'une sorte de cystite muqueuse qui guérit d'elle-même après la disparition de la pierre; peu à peu la sécrétion morbide diminue, et bientôt finit par disparaître entièrement. Cette inflammation chronique semble préserver de l'inflammation aiguë qui doit suivre l'opération, et elle paraît pour cette dernière une condition favorable.

Nous avons entendu dire à M. le professeur Dubois qu'en général ceux des malades affectés de la pierre qui éprouvaient les plus vives douleurs étaient aussi ceux chez lesquels la cystotomie avait un succès plus heureux.

Avant d'indiquer les moyens empiriques préconisés contre la cystite muqueuse, nous croyons devoir présenter la marche générale du traitement que l'on doit d'abord suivre, et

qui, si elle ne suffit pas seule, au moins favorise beaucoup les secours pharmaceutiques. Le malade atteint de catarrhe vésical habitera, autant que possible, un lieu sec, élevé, exposé au soleil et balayé par les vents. Il doit éviter avec soin l'air chargé de vapeurs aqueuses du matin et du soir, et en général toute humidité, soit qu'elle vienne des localités ou de l'atmosphère. Ses vêtements, suivant ce dernier précepte, seront toujours bien séchés avant d'être revêtus. Les habits de laine seront surtout convenables, sous ce rapport qu'ils excitent les fonctions de la peau; et cet avantage, on ne doit jamais le négliger dans les mladies des membranes muqueuses. Le régime alimentaire du malade importe moins : qu'il use sobrement d'une nourriture substantielle et d'un vin vieux, tonique, étendu d'eau, c'est à quoi doit se borner toute sa diététique. On favorisera l'exercice de toutes les fonctions, mais particulièrement celui des organes souffrants. Il faut, au moindre besoin, que les urines soient évacuées. Un médecin hygiéniste voulait que le matin, au réveil, on fît quelques tours de chambre avant d'uriner. Ce conseil, presque ridicule pour un homme en santé, doit être suivi dans la maladie qui nous occupe. Ce léger mouvement peut empêcher le dépôt calcaire, ou au moins favoriser le mélange des mucosités avec les urines. Mais on ne peut pas assez insister pour que le malade, si sa profession exige une grande sédentarité, y renonce momentanément. Si, après un prémier jet, les urines cessent de couler tout d'un coup, il faut défendre les violents efforts que l'on fait si communément dans ces cas; une petite secousse, un changement de position peuvent beaucoup mieux rétablir l'excrétion. Si l'usage de la sonde devient indispensable, on doit se garder d'y recourir trop tard. Cet instrument sera préférablement d'un grand diamètre et ne devra point rester à demeure, si ce n'est dans le cas de rétrécissement du canal de l'urètre. Dans cette complication, son emploi devra être prolongé assez longtemps pour procurer une dilatation sensible du canal; car la sortie incomplète des urines ou leur accumulation dans la vessie est, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, une circonstance fort aggravante. Il faut, dans tous les cas, prendre soin que le bec de cette sonde ne heurte par les parois de la vessie, ou que sa cavité ne soit oblitérée par des flocons muqueux. De simples injections d'eau tiède remédieront au dernier inconvénient. Mais souvent l'étroitesse extrême de l'urètre ou sa vive sensibilité ou seulement encore la crainte qu'inspire la sonde à quelques malades, doit faire préférer à celle-ci l'usage habituel des bougies en gomme élastique, dont on augmentera graduellement le calibre.

Parmi les moyens pharmaceutiques, les toniques astringents qui ont été les plus vantés sont le quinquina, le cachou et la gommekino. Ces médicaments ont été donnés en potions, en pilules, etc., d'autres fois en lavements, et les doses en ont été élevées plus que dans toutes les autres circonstances. Quelques-uns ont aussi préconisé la busserole ; les autres la pereira-brava ; mais ces substances méritent moins de confiance encore que celles que nous venons d'indiquer.

La térébenthine est d'un usage journalier dans la crue du catarrhe chronique de la vessie ; on la prescrit en pilules, en sirop, en suspension dans un mélange pour boisson, et sous ces diverses formes on en élève la dose jusqu'à 10 et 12 gros par jour ; en lavements, on en donne encore une plus grande quantité. Enfin on a aussi conseillé l'emploi de ce médicament en frictions sur les cuisses, l'hypogastre, et en vapeurs reçues sur toute la surface du corps, dans un appareil convenable. On sait que l'eau de goudron, préconisée outre mesure par quelques-uns, dans le catharre chronique de l'urètre et en même temps dans celui de la vessie, n'est qu'une suspension, dans l'eau, du résidu demi-brulé des végétaux qui donnent la térébenthine. Les baumes de la Mecque et de copahu ont quelquefois été proposés en remplacement de la térébenthine de Venise ; mais leur effet est absolument le même, s'il n'est pas inférieur. Nous n'omettrons pas d'avertir que la térébenthine et les médications dans lesquelles entrent quelques-unes de ses préparations produisent, dans certains cas, des accidents qui forcent de renoncer à leur usage. Ainsi, chez quelques sujets, les premières doses de médicament augmentent tous les symptômes du catarrhe vésical, et de plus, déterminent une rétention d'urine momentanée; d'autres fois, le même effet est produit par une dose trop élevée chez un individu déjà soumis à ce traitement. Enfin, quelques malades ne peuvent pas du tout digérer la térébenthine; leur estomac se soulève, et ils vomissent à la seule odeur de cette substance.

Le catarrhe vésical chronique étant une maladie purement locale, peut-être que les applications immédiates seraient les plus avantageuses. L'expérience de Chopart est ici une grande autorité. Il conseille les injections dans la vessie. « On doit commencer, dit-il, par celles de décoction d'orge, puis d'eau de Baréges coupée avec la précédente, ou d'eau de Balaruc, s'il y a paralysie de la vessie. J'en ai fait, ajoute ce praticien, d'eau végéto-minérale pour un vieillard de 75 ans, épuisé par la perte excessive de cette mucosité (vésicale) ; il n'en a éprouvé aucun accident : ses urines sont devenues moins chargées de glaires; il a repris des forces et a vécu deux années dans cet état. » Les injections ont été

fréquemment employées depuis quelques années, tant pour le traitement de la cystite chronique ou de la cystite muqueuse proprement dite que pour aider l'application de la lithotritie. L'efficacité de ce moyen paraît reconnaître pour condition première qu'il soit mis en usage avec les plus grandes précautions. C'est très-lentement, presque goutte à goutte, que le liquide doit être introduit dans la vessie, ou bien l'on s'expose à des accidents graves et rapides. Dans les cas où l'état de la vessie permet de rendre les injections médicamenteuses, la composition de ce liquide a été différemment compliquée. M. Bretonneau fait des injections dans la vessie, soit avec le calomel en suspension dans de l'eau de gomme et à la dose de 4 à 5 grains, soit avec du nitrate d'argent dissous dans de l'eau distillée à la dose d'un grain de nitrate pour quatre onces d'eau. Notre confrère, M. Trousseau, nous a assuré avoir vu M. Bretonneau traiter par ces moyens le catarrhe vésical avec avantage, et avoir employé lui-même avec succès, dans des cas analogues, le sublimé corrosif à la dose d'un grain dans quatre onces de liquide. Au sujet des injections, nous ne devons point omettre d'indiquer l'emploi de la sonde à double courant, de M. J. Cloquet. Par le moyen de cet instrument, on peut débarrasser la vessie de l'urine qu'elle contient et la remplacer par une eau médicamenteuse, sans le secours des efforts musculaires du malade. C'est sans doute par analogie qu'on a étendu le traitement du catarrhe chronique de l'urètre à la même maladie attaquant la vessie, et c'est avec avantage; car il ne peut, dans ce dernier cas, entraîner les accidents qu'on doit craindre dans l'autre (le rétrécissement). Les eaux minérales, ferrugineuses, acidules ou sulfureuses peuvent aussi être employées à l'intérieur. Bordeu, un des premiers, vanta beaucoup les bains sulfureux pour le traitement du catarrhe vésical. Les sources naturelles d'Enghien et de Contrexeville sont celles que nous citerons entre plusieurs autres. Leur usage en boisson, qui certainement est le plus avantageux, a besoin d'être continué avec persévérance et sans autre interruption que celle que peut nécessiter un malaise des organes digestifs.

Les vésicatoires appliqués à la partie supérieure des cuisses, et particulièrement sur l'hypogastre, peuvent être de quelque utilité dans le catarrhe vésical; mais on a plus particulièrement vanté les frictions au-dessus du pubis avec la pommade stibiée, ou autrement cette pommade étendue sur un linge et laissée en contact avec la peau, jusqu'à ce que la vésication soit produite. Enfin le séton, que quelques auteurs ont conseillé d'une manière générale pour les maladies de la vessie, a été employé aussi contre le catarrhe vésical. M. le professeur Roux a renouvelé l'usage de cet exutoire, et a particulièrement insisté pour qu'il fût ouvert à la région hypogastrique. La pra ique de ce chirurgien habile compte, dit-on, plusieurs cures dues à ce moyen.

Les évacuations sanguines ne sont que rarement urgentes dans la maladie qui nous occupe; ce ne peut être seulement que dans le cas d'une vive exacerbation, lorsqu'il y a complication avec une hématurie évidemment active; alors la saignée du bras même a d'heureux effets, elle calme instantanément les symptômes les plus graves; c'est pour nous un fait de pratique. Si quelques considérations particulières s'opposent à l'emploi de ce moyen, on peut essayer de le remplacer par l'application de sangsues sur les parties peu éloignées de l'organe malade, à l'hypogastre, par exemple, au-dessus du pubis, sur le point du ventre qui se rapproche le plus de la vessie. Cet organe, dans ce lieu, n'est séparé des parois abdominales que par un tissu cellulaire lâche, et qui contient des vaisseaux assez petits et assez peu nombreux pour ne point inquiéter par leur développement variqueux, si l'on est forcé de recourir plusieurs fois à cette saignée locale. (Dictionnaire de médecine, tome IX.)

DE L'HÉMATURIE.

L'hématurie est l'émission par l'urètre d'une quantité de sang plus ou moins considérable, soit pur, soit mêlé à d'autres liquides, et provenant de l'intérieur des voies urinaires.

L'hématurie est plus souvent un résultat d'affections diverses, ayant pour siége différents points de l'étendue des voies urinaires, qu'une maladie spéciale. Reconnaître son existence, déterminer d'où elle provient, voilà un double problème qu'il n'est pas toujours facile de résoudre.

La coloration de l'urine en rouge ou en brun ne suffit pas pour déceler la présence du sang dans ce liquide. Il est très-fréquent que les malades s'abusent à ce sujet, et s'obstinent à croire qu'ils ont rendu du sang, lorsque leur urine n'est que peu abondante, rougeâtre, briquetée ou saturée de matières animales et des sels qu'elle doit contenir. Mais lorsque le sang est en grande proportion dans l'urine, lorsqu'il sort presque pur, le diagnostic de l'hématurie est alors très-facile, le sang conserve la teinte qui lui est propre. Il trouble la transparence de l'urine avec laquelle il sort, puis forme au fond du vase un dépôt de matière colorante et de fibrine, doux au toucher, qui n'a rien de pulvérulent, et que son aspect seul fait aisément reconnaître. Lorsqu'il est entièrement pur, il se coagule au dedans, à peu près comme à la

suite de la phlébotomie, se prend en masse, et présente un ou plusieurs caillots, plus ou moins compactes, nageant dans des quantités variables d'urine et de sérosité. Dans d'autres circonstances, il sort de l'urètre, sous la forme de caillots déjà concrétés, fibrineux, solides, qui en ont imposé à des observateurs superficiels, et ont été pris pour des vers. Dans quelques circonstances qui ne sont pas très-rares, ces caillots, ayant séjourné dans l'urètre, sont creusés par le passage de l'urine et sortent sous la forme de tubes plus ou moins larges, qui représentent assez bien les dimensions de ce canal.

Quand le sang mêlé à l'urine ne peut être facilement distingué à raison de sa petite quantité, il faut laisser reposer pendant quelques heures le liquide rendu. Alors, de trouble qu'il était, il devient presque toujours clair, et laisse précipiter au fond, ainsi que sur les parois du vase, une couche légère de matière colorante. Cette matière, aussi bien que l'urine, à l'instant de sa sortie, colore en rouge sanguin le linge ou le papier qu'on met en contact avec elle. Si l'on fait chauffer l'urine, devenue opaque par la présence d'un peu de sang, la chaleur, loin de faire disparaître la matière en suspension, la coagule, et précipite la fibrine ainsi que l'albumine qui la constitue.

Causes. Les causes les plus fréquentes de l'hématurie sont la présence des pierres dans la vessie, les ulcérations, les fongosités des parois et surtout du col de cet organe, les calculs arrêtés dans les reins. Dans ces cas divers, l'hématurie est presque habituelle, ou se reproduit à des invervalles irréguliers. Elle reconnaît aussi pour causes les contusions violentes dirigées sur l'abdomen, les lombes ou la région hypogastrique; des plaies pénétrantes, atteignant les reins, les uretères ou la vessie; les inflammations très-vives des reins et surtout de la vessie. Chez quelques sujets, l'hémorragie des voies urinaires et le mélange du sang à l'urine s'opèrent avec une grande facilité, sans altération profonde des tissus, sans lésion traumatique préalable et par l'effet d'une congestion si peu douloureuse qu'elle est à peine sentie. C'est ainsi que des femmes âgées voient quelquefois des pissements de sang, plus ou moins abondants et durables, se renouveler à certaines époques et remplacer les règles supprimées depuis un temps variable.

Caractères différentiels de l'hématurie. Suivant MM. Bégin et Lallemand, l'hémorragie urétrale est assez facile à distinguer, parce que le sang s'écoule continuellement, ou, du moins, sans que le malade fasse d'efforts pour uriner; qu'il sort pur, sans mélange d'urine, et que, lorsque celle-ci est émise à son tour, par suite de la sécrétion normale des reins et de la réplétion de la vessie, elle est claire et limpide, ou du moins exempte de coloration sanguine intérieure. La petite quantité de sang qu'elle entraîne en passant par l'urètre ne suffit pas pour la charger notablement, et ne l'empêche pas d'offrir un contraste évident avec le sang qui précédait la sortie et qui s'écoulera encore après son expulsion.

L'hématurie vésicale est presque toujours accompagnée de douleurs internes ou obscures dans la région hypogastrique, de pesanteur vers le col de la vessie; quelquefois des frissons marqués la précèdent. Le sang n'est ordinairement pas alors entièrement mélangé avec l'urine; il forme souvent, au contraire, des caillots distincts, irréguliers, nageant dans un liquide d'ailleurs clair où très-faiblement coloré, et qui se précipitent isolément au fond du vase. Cette disposition annonce que l'exhalation s'est faite sur quelques points isolés, alors que la vessie contenait déjà une urine limpide, et sans que le mélange du sang avec celle-ci ait eu le temps de s'opérer complétement.

Lorsque l'hématurie provient des reins, la vessie et l'hypogastre sont libres; mais de la douleur, de la tension, de l'embarras existent à la région des lombes. Il est très-rare qu'aucun accident local indique la souffrance des organes sécréteurs : le sang s'est intérieurement mélangé avec de l'urine, distillé goutte à goutte, et cheminant avec lui dans l'uretère, il s'y incorpore, pour ainsi dire, et parvient ainsi dans la vessie. Alors même qu'il se coagule dans ce réservoir, une grande quantité de sa matière colorante reste en suspension, et communique une teinte très-foncée à la masse entière. Ces caractères ne sont que peu affaiblis par l'arrivée d'une urine claire et limpide par le rein demeuré sain, lorsque la maladie n'affecte que l'un de ces organes; parce que les deux liquides, parvenant dans la vessie avec lenteur, par gouttes, et à travers des ouvertures très-rapprochées, ne manquent pas de se mélanger intimement et de former un tout homogène. Le sang fourni par les reins peut être en quantité très-considérable et remplace, en quelque sorte, l'urine; si dans ce cas on sonde le malade, l'instrument pénètre sans difficulté comme sans douleur dans la vessie, qui se vide plus ou moins difficilement, selon le degré de cohésion de la masse qu'elle renferme. Lorsque les parois sont revenues sur elles-mêmes, le sang ne tarde pas à reparaître comme précédemment, et est rendu de nouveau sans que la poche d'où il s'échappe soit le siége de phénomènes appréciables d'excitation.

Ces signes divers sont corroborés par les investigations que le praticien ne peut se dispenser de faire pour arriver à la connaissance

de la lésion organique dont l'hématurie est l'effet.

L'hémorragie urétrale résulte ordinairement des déchirures faites à l'urètre pendant l'introduction des algalies ou les manœuvres de la cautérisation. Il ne faut pas oublier, dans le traitement des maladies de l'urètre, que les rétrécissements s'accompagnent assez souvent de l'inflammation chronique et du ramollissement des parois de ce canal, qui offrent alors moins de résistance et se laissent plus facilement pénétrer que dans l'état sain. Ici, les circonstances antécédentes ne peuvent laisser de doute sur la cause de l'hématurie; et la profondeur à laquelle l'extrémité de l'instrument vulnérant a été portée indique également d'une manière certaine le point où la blessure a eu lieu. Le bulbe est le siége le plus ordinaire de ces lésions. L'hémorragie urétrale succède quelquefois encore à la sortie difficile et douloureuse de calculs engagés dans l'urètre, et résulte des éraillements produits par les aspérités de ces corps étrangers contre la membrane muqueuse. Lorsque le sang est exhalé dans les cas d'urétrite très-intense, la douleur atroce que le malade éprouve, ajoutée aux autres signes de la blennorragie, ne permet pas de méconnaître cette origine.

On rapporte des cas d'hématurie par exhalation résultant d'afflux hémorragiques dirigés vers le canal excréteur de l'urine et analogues à la congestion hémorroïdaire. Les malades, sans cause connue, ressentent alors des douleurs dans la partie interne des cuisses, dans les aines, au périnée, et sont graduellement soulagés par l'apparition et les progrès de l'écoulement sanguin. Les cas de ce genre sont fort rares, la vessie étant mieux disposée que l'urètre pour suppléer les évacuations hémorragiques de la matrice chez la femme ou du rectum chez l'homme.

Dans la vessie, diverses lésions peuvent occasionner l'hématurie. Nous avons déjà parlé des calculs urinaires, des ulcères et des fongocités de cet organe, les signes qui annoncent l'existence de ces maladies se manifestent alors, et l'hémorragie vésicale ne vient qu'ajouter, en renouvelant, toutes les fois que le sujet se livre à des exercices fatigants, ou qu'il éprouve des secousses violentes et prolongées, un nouveau degré de certitude aux conséquences qu'on en déduit.

L'hématurie qui accompagne la cystite très-aiguë survient ordinairement, en même temps qu'une fièvre intense, de l'agitation, des douleurs hypogastriques, intolérables, et d'autres symptômes caractéristiques de la maladie, toujours grave alors, du réservoir de l'urine. C'est à l'excitation vive, mais non encore parvenue au degré de l'inflammation, de l'intérieur des voies urinaires et surtout de la vessie, qu'il faut rapporter une sorte d'hématurie assez fréquente dans les pays chauds, à la suite de grandes fatigues, et chez les individus qui sont restés pendant longtemps à cheval, comme les soldats de cavalerie, les courriers, etc. Dans ces cas, la sécrétion urinaire diminue, l'urine devient épaisse, rouge, chargée de sels, quelquefois sanguinolente, Elle occasionne au col de la vessie, et à l'urètre, lorsqu'elle les traverse, une sensation pénible d'ardeur et de brûlure. Les mêmes causes d'excitation continuent d'agir, la vessie devient le siége de douleurs vives, qui se propagent à l'extrémité du gland ; les envies d'uriner se rapprochent, les contractions du périnée sont très-douloureuses, et les dernières gouttes du liquide expulsé sont formées de sang pur. L'hématurie précède alors la cystite qui ne tarde pas à se développer, si le sujet ne peut recourir aux moyens susceptibles de la prévenir , en apaisant l'irritation des voies urinaires.

L'anatomie pathologique n'apprend pas quelles sont les altérations qui accompagnent et entretiennent ces hématuries vésicales simples, par exhalation supplémentaire des règles ou des hémorroïdes, ou du moins survenant avec des phénomènes analogues, et dans les mêmes circonstances. Les dilatations variqueuses des veines de la vessie dont parlent quelques auteurs sont au moins problématiques.

Le sang qui sort de la vessie saine, ou du moins exempte d'inflammation catarrhale ou d'ulcère, est pur et seulement mélangé à l'urine; dans d'autres conditions, il est toujours accompagné soit de pus, soit de mucosités plus ou moins abondantes, fétides, sanieuses ou puriformes.

Pronostic. Il doit être fondé moins sur l'écoulement sanguin que sur l'appréciation des lésions de tissus qui peuvent l'occasionner.

Traitement. L'hématurie, survenue après la brusque suppression des menstrues ou des hémorroïdes, exige qu'on rappelle au plus tôt ces dernières évacuations à l'aide de sangsues placées à la vulve ou à l'anus, ou de vapeurs légèrement excitantes dirigées dans le vagin.

Si l'hématurie est considérable, si elle s'accompagne de chaleur, de douleur et d'autres phénomènes d'excitation, si le pouls est fort et développé, on pratique des émissions sanguines générales ou locales, proportionnées aux forces du sujet; on prescrira des bains, des applications émollientes, des boissons délayantes acidulées. Le malade devra garder un repos absolu et être soumis à une abstinence sévère. Dans les cas, au contraire, où l'hématurie est liée à un état de débilité et d'épuisement, on prescrira des fomentations froides, des lavements froids aiguisés de vi-

naigre, des injections de même nature dans la vessie ou l'urètre, des boissons froides, avec addition d'acide sulfurique; dans les cas où le sang s'est coagulé dans la vessie, il faut pratiquer le cathétérisme et faire des injections réitérées d'eau tiède.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION.

ALTÉRATIONS DONT L'URINE EST SUSCEPTIBLE.

Les altérations que peut subir l'urine dans sa composition sont diverses.

1o Il est des cas où il y a simple changement dans la proportion des principes qui, normalement, constituent l'urine.

2o Dans d'autres cas, il y a dans l'urine addition de nouveaux principes, mais de principes qu'on retrouve dans le sang, soit en état de santé, soit en état de maladie.

3o Il est d'autres cas, enfin, où se rencontrent, dans l'urine, de nouveaux principes qui ne se trouvent plus dans le sang.

Ainsi la quantité d'eau, d'urée, d'acide urique, peut être augmentée ou diminuée. On peut trouver, dans l'urine, de l'albumine, de la fibrine, la matière colorante du sang ou de la bile; on y voit de l'acide oxalique, prussique, des oxydes, une matière colorante noire ou bleue, une matière sucrée, une matière grasse butireuse et même des poils.

Les causes de ces altérations doivent être cherchées dans les reins; hors de ces organes, dans des conditions morbides de l'innervation, de l'hémathose ou de l'assimilation, dans le monde extérieur, dans les qualités de l'atmosphère, des aliments, des boissons, etc.

Envisagées sous le rapport séméiologique et pathologique, ces altérations de l'urine caractérisent certaines affections que nous allons passer en revue.

L'alcalinité des urines a été constatée chez des malades atteints de fièvre typhoïde. Cette alcalinité est démontrée quand le papier de tournesol rougi par un acide reprend sa couleur bleue par le contact de l'urine au moment où elle vient d'être rendue.

Dans d'autres circonstances, les acides de l'urine augmentent assez dans ce liquide pour rendre son émission douloureuse et brûlante. Le papier de tournesol rougit alors plus vite et davantage que dans l'état normal. Dans d'autres cas, l'acide urique se concrète et se dépose en gravelle ou en calcul.

DES CALCULS RÉNAUX.

On les rencontre soit dans la substance du rein, soit dans les calices, soit dans le bassinet. Ils deviennent souvent le point de départ d'une néphrite subaiguë ou chronique; puis, après un certain temps, ils tendent à s'engager dans les uretères et déterminent alors, dans le trajet qu'ils parcourent, une douleur plus ou moins vive, quelquefois atroce, et, si les deux reins sont en même temps affectés, une suppression complète d'urine. Les moyens thérapeutiques qu'ils réclament sont les mêmes que ceux de la gravelle dont nous allons nous occuper.

DE LA GRAVELLE.

La gravelle est une maladie caractérisée par la présence, dans l'urine, de petits grains rougeâtres, gris ou blancs et même de petits calculs, dont la composition chimique variable détermine l'établissement de plusieurs espèces.

1o Les uns sont formés d'acide urique; ce sont les plus communs. Ils sont d'une couleur rouge, tirant plus ou moins sur le jaune; en contact avec la potasse en excès, ou bien même avec l'eau de chaux, ils se dissolvent en totalité, et il se forme un urate décomposable par la plupart des acides. Traités par l'acide nitrique, ils se dissolvent avec une effervescence spumeuse, et la solution, évaporée jusqu'à siccité, laisse un enduit d'une belle couleur pourpre. Soumis à un feu vif, les graviers d'acide urique sont entièrement consumés.

2o Les graviers de phosphate de magnésie et d'ammoniaque se présentent sous les formes de prismes à quatre pans, terminés par des pyramides à quatre faces, ou en aiguilles. Ils sont d'un blanc assez pur quand, par le lavage, ils ont été débarrassés de toute matière animale. Leur saveur est salée, piquante, ils verdissent le sirop de violette. Jetés sur des charbons, ils noircissent et répandent une odeur ammoniacale : mais ce dernier caractère appartient à toutes les espèces de graviers.

3o Les graviers d'oxalate de chaux présentent une couleur sombre, brune ou noirâtre. Par la chaleur vive du chalumeau, on parvient à enlever l'acide oxalique, et il ne reste plus qu'une poudre blanchâtre, qui n'est que la chaux, base de l'oxalate détruit.

4o Les graviers de phosphate de chaux sont beaucoup plus rares; M. Barruel ne les a rencontrés qu'une seule fois : ils se présentaient sous une forme très-irrégulière. Calcinés, ils dégagent l'odeur de matières animales en combustion. L'acide hydrochlorique les dissout, et la solution est précipitée par l'oxalate d'ammoniaque, d'où résulte un oxalate de chaux. Cette même solution, traitée par l'ammoniaque, donne un précipité blanc de phosphate de chaux.

5o L'acide cystique peut aussi entrer dans la composition des graviers; ils sont alors d'une couleur jaune citrine, à surfaces mamelonnées, et paraissent formés par l'agglomération de petits cristaux amoncelés sans ordre; placés entre l'œil et la lumière, ils

offrent une transparence qui rappelle celle de la topaze.

6° Enfin, dans quelques cas rares, les sels déposés ont été trouvés confondus avec les poils. Dans un cas, les poils étaient recouverts par les matières salines; dans un second, les concrétions étaient velues à leur surface et d'un volume considérable; dans un troisième, chaque poil était placé au centre de plusieurs noyaux de cristallisation qui s'étaient formés autour de lui.

Sous le rapport de la *couleur*, celle des graviers peut être fauve, roussâtre jaunâtre d'un rouge fauve, d'un blanc grisâtre, ou d'un gris cendré. On en observe quelquefois de couleur noirâtre.

Sous le rapport de leur *volume*, il varie depuis la poudre la plus fine jusqu'à la grosseur d'un pois.

Leur *nombre* est ordinairement en rapport avec leur volume; quand ils ont à peine celui d'un grain de sable, ils sont quelquefois innombrables; si leur volume est plus considérable, ils sont en moindre quantité. Cependant on rencontre souvent des conditions opposées.

Leur *forme* est très-variable et quelquefois difficile à déterminer; ils sont tantôt arrondis, ovalaires, oblongs, comprimés, piriformes, prismatiques, etc.

Leur *surface* est tantôt lisse, taillée à facettes, tantôt rugueuse et couverte d'inégalités.

Quant à leur *consistance*, on en trouve qui s'écrasent facilement sous la pression du doigt et se réduisent en bouillie; d'autres, au contraire, ont une dureté qui égale celle de la pierre la plus dure.

Situation. On en trouve dans les reins, dans les calices, dans les bassinets, dans les uretères, la vessie et dans l'urètre.

Classification. Ils doivent être ainsi classés : graviers d'acide urique, de phosphate de magnésie et d'ammoniaque, de phosphate de chaux, d'oxalate de chaux, etc.

M. Magendie, dans son beau mémoire sur la gravelle, en a établi sept espèces principales : 1° gravelle *rouge;* 2° gravelle *blanche;* 3° gravelle *pileuse;* 4° gravelle *grise;* 5° gravelle *jaune;* 6° gravelle *transparente*; 7° gravelle *multiple*.

Dans la description de chacune de ces espèces, nous allons suivre les divisions établies par ce savant professeur.

De la gravelle rouge ou *d'acide urique*. L'acide urique ne se rencontre que dans l'urine de l'homme et des animaux qui se nourrissent particulièrement d'aliments azotés, et elle y est en proportion des aliments azotés dont les animaux font usage. D'après les expériences chimiques les plus concluantes, cet acide est un des éléments essentiels de l'urine de l'homme en parfaite santé; seulement, dans l'état sain, il est en dissolution dans l'urine, et dans la gravelle il se dépose dans les conduits destinés à charrier le liquide sécrété par le rein. Cet acide est très-peu soluble, puisque l'urine de l'homme, en état de santé, et à une température d'environ 30°, n'en peut dissoudre que 1,000 de son poids.

Pour M. Magendie, trois causes évidentes peuvent diminuer, d'une manière absolue ou relative, la propriété dissolvante de l'urine par rapport à l'acide urique :

1° L'augmentation de la quantité d'acide urique, la quantité de l'urine restant la même ou n'augmentant pas dans les proportions de l'acide;

2° La diminution de la quantité d'urine, celle de l'acide urique restant la même ou ne diminuant pas dans la même proportion que l'urine;

3° La diminution de la température de l'urine, soit que sa quantité ou sa nature restent les mêmes, soit qu'elles éprouvent les modifications ci-dessus indiquées.

Au premier rang des causes qui augmentent la proportion d'acide urique dans l'urine et qui, par conséquent, produisent souvent la gravelle, il faut placer une nourriture succulente, la bonne chère, une alimentation animale. Si à cette cause se joignent le défaut d'exercice et une vie sédentaire, les chances pour la production de la gravelle sont bien plus nombreuses. En effet, le système musculaire est celui dont la nutrition est la plus rapide et qui consomme le plus de substances nutritives quand son action est souvent mise en jeu; aussi toutes les personnes qui exercent beaucoup leurs muscles ont-elles besoin de manger davantage et d'user d'aliments azotés, tels que les viandes. Si l'on fait usage des mêmes aliments et en quantité considérable sans faire agir les organes musculaires, ceux-ci ne s'emparent pas de toute la matière nutritive azotée; elle se trouve en excès dans l'économie, se dirige vers les reins, principal émonctoire de l'azote, elle s'y transforme en acide urique, et concourt ainsi à former la gravelle.

Parmi les circonstances qui augmentent ou diminuent la quantité de l'urine et qui sont favorables ou défavorables au développement de la gravelle rouge, il faut ranger la composition chimique des boissons. L'eau, la bière, le cidre, le petit-vin augmentent la quantité de l'urine, mais les vins généreux, les liqueurs spiritueuses, le thé, le café, le punch, etc., diminuent la sécrétion urinaire. Si donc, dit M. Magendie, un grand mangeur de substances animales boit beaucoup d'eau, de vin léger, de vin mousseux, etc., la quantité de son urine sera plus que suffisante pour dissoudre l'acide urique formé par les reins, et il sera moins exposé à être atteint de la gravelle

si, au contraire, il boit peu, ou s'il ne boit pas en raison des aliments dont il use, ou bien encore, s'il boit beaucoup, mais que ce soient des liquides chargés d'alcool, tels que les vins des pays chauds, l'eau-de-vie, les liqueurs fortes, etc., son urine sera peu abondante et dissoudra, par conséquent moins d'acide urique; celui-ci tendra donc d'autant plus à se séparer et à former des graviers.

Mais la nourriture animale n'a pas seulement pour effet de produire une plus grande quantité d'acide urique, elle produit encore une diminution de l'action des reins. C'est ce qui résulte des expériences faites sur les animaux et sur l'homme par M. Magendie et par M. Chossat.

La formation de la gravelle est encore favorisée par toutes les causes qui diminuent la quantité de l'urine, telles que la transpiration cutanée abondante, les sueurs, les évacuations liquides accidentelles, etc. Il en est de même du séjour prolongé dans le lit, et de l'habitude de conserver longtemps l'urine dans la vessie.

M. Magendie admet aussi que la diminution de la température du sang chez les vieillards, qui entraîne nécessairement celle de l'urine, n'est pas sans influence sur la production de la gravelle.

Les influences des climats sont assez peu connues. On sait bien que la gravelle est très-fréquente dans les pays tempérés et humides, et rare dans quelques pays chauds; mais on n'a pas tenu peut-être assez compte de l'alimentation qui, comme nous l'avons vu, est une cause si active de la gravelle.

On a souvent attribué cette maladie à des concrétions pierreuses de quelques fruits, à l'usage d'eaux séléniteuses chargées de carbonate de chaux, au sel de cuisine, etc.; toutes ces prétendues causes ne jouent absolument aucun rôle dans la production de la gravelle, et en résumant tout ce qui a rapport aux causes directes ou indirectes de la gravelle, on peut, avec M. Magendie, les réduire aux suivantes :

1° L'âge mur et la vieillesse;

2° Un régime trop nutritif, principalement composé d'aliments contenant beaucoup d'azote ou de substances susceptibles de former dépôt dans les voies urinaires;

3° Le défaut d'exercice du corps, le travail de cabinet, le séjour au lit, etc.;

4° L'usage de boire peu, quelle que soit la nature des boissons;

5° L'usage de vins généreux et des liqueurs fortes.

6° La transpiration, les sueurs abondantes et toutes les évacuations séreuses survenant chez les personnes d'ailleurs disposées à la gravelle.

7° L'habitude de garder longtemps l'urine dans la vessie;

8° Des causes particulières dont il est impossible de méconnaître les effets, mais dont on ne peut expliquer maintenant la manière d'agir.

Symptômes. De quelque nature qu'ils soient, les graviers se présentent dans l'urine le plus ordinairement sous la forme de petits cristaux anguleux, qui touchent au fond du vase où est contenu ce liquide. Ils sont ou évacués avec l'urine, c'est-à-dire qu'ils sont alors formés dans les reins ou la vessie; ou bien leur formation n'a lieu qu'après l'excrétion de l'urine, et leur précipitation devient de plus en plus abondante avec le refroidissement graduel de ce liquide. Dans ce dernier cas, les individus qu'elle atteint éprouvent ordinairement peu ou point de douleur, et leur santé n'est nullement altérée. Mais les malades chez lesquels les graviers sont rendus tout formés avec les urines, offrent souvent au contraire, une série de symptômes très-graves. La gravelle qui a pour siége les reins ou les uretères donne lieu à un sentiment de fatigue, de pesanteur dans la région des reins; cette douleur revient quelquefois par accès, peut devenir très-vive et être comparée à celle que produirait un déchirement profond. Si surtout les graviers sont dans les uretères, ces douleurs deviennent très-vives, et les malades éprouvent quelquefois la sensation d'un corps qui descend en suivant le trajet de ces conduits. L'urine devient rare, chargée de mucosités, et quelquefois sanguinolente; il survient en même temps de fréquentes envies d'uriner; un sentiment de chatouillement se fait sentir à l'extrémité de la verge, le testicule se porte fortement sous l'anneau; des crampes se manifestent aux extrémités; enfin, la fièvre ne tarde pas à se déclarer, et la douleur devient continue. Comme la plupart des autres maladies des voies urinaires, la gravelle détermine des affections sympathiques de l'estomac, savoir des flatulences, des éructations et quelquefois des nausées et des vomissements; la gravelle est d'ailleurs souvent liée à la phlegmasie des reins ou de l'uretère.

La douleur déterminée par les graviers est ordinairement moins vive dans la vessie; elle se fait sentir dans tout le petit bassin et jusqu'à l'extrémité de la verge.

Les symptômes varient dans l'urètre suivant la grosseur des graviers; petits, ils parcourent facilement le canal et ne déterminent alors aucun accident; plus considérables, ce n'est qu'avec difficulté qu'ils sont portés au dehors; ils peuvent même s'arrêter dans un point du canal et déterminer une rétention d'urine.

Durée et pronostic. La gravelle a, pour l'ordinaire, une longue durée, qui doit être attribuée autant à l'impuissance de l'art qu'à la négligence que souvent les malades appor-

tent dans l'usage des moyens thérapeutiques qui leur sont indiqués. Quand les douleurs se renouvellent, ils voudraient tout employer; mais, dès qu'ils ont obtenu de l'allégement, ils renoncent aux soins les plus faciles. Au reste, le pronostic sera d'autant plus grave que les graviers seront plus nombreux et plus irréguliers, car les accidents qu'ils déterminent sont en raison de leur volume, de leur nombre et des aspérités qui recouvrent leur surface. La gravelle, qui se présente sous la forme d'une poudre fine, donne rarement lieu à la production des calculs. Il n'en est pas de même des graviers plus volumineux; ils sont fréquemment le noyau de calculs urinaires.

Traitement. 1° *Gravelle rouge.* Il y a plusieurs médications à remplir. A. *Diminuer la quantité d'acide urique que forment les reins.* Pour remplir cette indication, il faut diminuer la quantité des aliments propres à le produire, quelquefois en supprimer entièrement l'usage et les remplacer par des substances alimentaires contenant peu ou point d'azote. Ainsi une alimentation entièrement végétale, l'abstinence complète de liqueurs fortes et de vin pur sont les premiers moyens à employer. B. *Augmenter la sécrétion de l'urine.* Les graveleux doivent prendre abondamment des boissons aqueuses et légèrement diurétiques. C. *Saturer l'acide urique.* L'emploi des carbonates alcalins, où les bases sont en excès, et qui se combinent facilement avec l'acide urique, est très-avantageux. Ainsi il faut prescrire les carbonates de soude et de potasse, soit en dissolution dans une grande quantité de véhicule, soit en dissolution concentrée, soit sous forme solide. Ces sels, dont on fait le plus fréquemment usage, doivent être administrés à une dose qui ne dépasse pas 24 ou 36 grains en vingt-quatre heures. L'eau de Vichy a aussi une très-grande efficacité pour remplir l'indication dont nous parlons.

2° *Gravelle composée de phosphate de chaux.* Avec le régime prescrit pour la gravelle rouge, les malades devront faire usage des boissons chargées d'acide carbonique, telles que l'eau de Seltz, de Contrexeville, de Bains, etc.

3° *Gravelle composée de carbonate de chaux.* Les mêmes boissons devront être administrées.

4° *Gravelle pileuse.* L'emploi de carbonates alcalins a été très-avantageux.

5° *Gravelle de phosphate ammoniaco-magnésien.* Même régime et même traitement que pour la gravelle rouge.

Moyens empiriques. La plupart des graveleux se trouvent bien de l'usage des moyens propres à combattre la dispepsie qui accompagne souvent leur maladie, et parmi ces moyens la magnésie à petite dose, la rhubarbe, le quinquina, les eaux sulfureuses prises à l'intérieur, réussissent fréquemment. Les purgatifs répétés et administrés de manière à produire des évacuations considérables ont eu des résultats très-heureux. On a aussi observé plusieurs fois les bons effets des bains froids, des bains sulfureux, des frictions et même des fumigations de vapeurs d'eau ou de soufre. Enfin on a vu la guérison subite de la gravelle s'opérer par le séjour à la campagne, par un changement dans les habitudes, les occupations, les affections morales, etc.

DU DIABÉTÈS.

C'est une maladie dont le principal symptôme consiste en un écoulement d'urine beaucoup plus considérable que dans l'état normal, et suivant que l'urine contient ou non une certaine quantité de matière sucrée : on a divisé le diabétès en diabétès *sucré* et en diabétès *non sucré.*

Siége, caractères anatomiques et nature du diabétès. Évidemment, la sécrétion urinaire ayant les reins pour instruments, et le diabétès étant une lésion de la sécrétion urinaire, c'est dans ces organes qu'il faut placer le siége de la maladie. De toutes les lésions que les reins ont présentées chez les individus diabétiques dont on a fait l'ouverture, l'hypertrophie est la plus commune. Voici comment je me suis exprimé dans mon Précis d'Anatomie pathologique : « J'ai observé une hypérémie très-considérable des reins, sans autre altération de leur texture, sur un individu mort pendant le cours du diabétès. Dans un autre cas où la mort survint également pendant le cours du diabétès, les reins n'étaient pas hypérémiés, mais ils ne présentaient pas non plus cet état de pâleur et d'*anémie* qu'on a longtemps regardé comme constituant la principale altération qui se rencontre chez les diabétiques. Parmi les observations relatives à des ouvertures de cadavres de diabétiques qui ont été publiées depuis une dizaine d'années, il n'en est aucune, à ma connaissance, dans laquelle les reins aient présenté cet état d'anémie dont on a tant parlé. L'hypertrophie des reins est une des lésions les plus communes qu'on ait rencontrées dans les cas de diabétès. »

D'après ces faits, M. Dezeiméris s'est cru autorisé à émettre l'opinion suivante sur la nature de cette maladie : « La cause prochaine ou l'essence du diabétès consiste dans l'irritation des reins. Cette irritation est rarement primitive; elle n'est, le plus ordinairement, qu'une des suites de la gastrite, surtout chronique. Dans le cours de cette dernière maladie, il survient une soif excessive; le malade boit beaucoup et urine en proportion. Cet état se prolonge; l'activité des reins s'accroît

tous les jours aux dépens de celle des autres organes excréteurs; ils enlèvent à l'économie des fluides qu'il faut incessamment réparer, et contribuent ainsi à augmenter encore la soif. On voit le cercle dans lequel tourne le malade. »

Quelque séduisante que soit cette théorie, il faut avouer que l'observation ne permet pas de l'admettre; car, d'une part, on ne rencontre point de gastrite à l'ouverture de la plupart des diabétiques, et, d'autre part, le plus grand nombre des individus atteints de gastrite, soit aiguë, soit chronique, n'ont jamais présenté le moindre symptôme de diabétès.

Causes. M. Bouillaud, qui a bien résumé l'état de la science sur cette maladie, s'exprime ainsi :

« La plupart des auteurs se sont accordés jusqu'ici à placer l'influence d'une humidité habituelle parmi les principales causes du diabétès. On expliquait par là pourquoi cette maladie sévissait avec une fâcheuse prédilection sur les habitants des pays humides, brumeux et froids, tels que la Hollande et l'Angleterre. Cette opinion paraît assez vraisemblable; cependant M. Dezeiméris affirme que, dans le grand nombre d'observations qu'il a pu lire, aucune ne lui a montré que le diabétès fût le résultat du froid humide. Nonobstant cette remarque, il est permis de croire que l'influence dont il s'agit, par cela seul qu'elle s'oppose à la libre transpiration de la peau et qu'elle active la sécrétion urinaire, ne doit pas être tout à fait retranchée de la liste des causes du diabétès. Une autre cause de diabétès signalée par tous les auteurs, et sur laquelle M. Dezeiméris a insisté d'une manière toute particulière, c'est l'intempérance dans le vin et les liqueurs alcooliques, et l'abus des boissons excitantes en général, telles que le thé, par exemple; l'usage des diurétiques, des préparations dans lesquelles il entre des cantharides, etc., mérite également une place parmi les causes du diabétès; jusqu'ici on n'a pas fait, à notre avis, de recherches suffisantes relativement à l'influence que peut exercer certaine classe d'aliments sur la production du diabétès. Il est cependant assez probable que cette maladie, ainsi, que la gravelle, a quelquefois des rapports avec la qualité des aliments dont on fait usage; un jour viendra peut-être où, comme M. Magendie l'a fait pour la gravelle, quelque habile observateur précisera le genre d'alimentation qui favorise le développement du diabétès. Quant à la part que prennent le vin et les boissons fermentées à ce développement, nous pensons qu'elle ne sera contestée par aucun de ceux qui liront avec soin les observations de diabétès rapportées par les auteurs. Comme ce genre de modification produit souvent, en même temps que le diabétès, une irritation gastro-intestinale, M. Dezeiméris, prenant ce qui n'était qu'une simple coïncidence pour une véritable cause, a cru pouvoir avancer que le diabétès, ou, ce qui est pour lui la même chose, l'irritation des reins, n'est, le plus ordinairement, qu'une des suites de la gastrite. Il eût, ce semble, mieux valu dire simplement que ces deux maladies sont quelquefois le double effet d'une seule et même cause.

Quant à l'influence des affections morales tristes, des hémorragies abondantes, des grandes suppurations, des maladies chroniques en général, etc., sur le vrai diabétès, nous croyons qu'elle n'est pas établie sur des faits suffisamment authentiques.

Symptômes. Le principal symptôme du diabétès, celui d'où il tire son nom, c'est une excrétion immodérée des urines, de telle sorte qu'en général la masse de ces dernières surpasse d'une quantité plus ou moins considérable celle des boissons prises par les malades, quelque abondantes que soient d'ailleurs ces dernières. On cite des cas où les urines ont été tellement copieuses qu'on se refuse presque à croire des effets de ce genre : c'est ainsi que *Fonseca* dit avoir vu un malade qui rendait deux cents litres d'urine par vingt-quatre heures. Les malades, tourmentés par un besoin continuel d'uriner et de boire, trouvent à peine quelques instants de repos et de sommeil. L'urine est ordinairement limpide, sans odeur ni couleur; elle offre le plus souvent une saveur sucrée.

Les analyses auxquelles l'urine des diabétiques a été soumise ont donné les résultats suivants : d'après Nicolas et Gueudeville, qui publièrent leurs recherches en 1803, cette urine ne contient pas notablement d'urée ni d'acide urique. Les réactifs les plus sensibles y font à peine découvrir des traces de sulfate et de phosphate; on ne peut y constater d'acide libre; tandis qu'on y trouve (constamment suivant Nicolas et Gueudeville; et dans une espèce seule de diabétès, suivant d'autres) du sucre en plus ou moins grande quantité, et plus ou moins de muriate de soude. La matière sucrée que contient l'urine des diabétiques avait été jusqu'ici considérée comme semblable au sucre de raisin; cependant, récemment M. Chevalier lui a trouvé de l'analogie avec le sucre de canne. Chez un diabétique soumis à leur observation, MM. Thénard et Dupuytren, en 1806, constatèrent les faits principaux déjà signalés par Nicolas et Gueudeville. Des recherches récentes de M. Barruel tendent à prouver qu'une certaine quantité d'urée existe dans les urines diabétiques; chez quelques diabétiques, au contraire, on n'a pu constater aucun atome d'acide urique, en sorte que le caractère chimi-

que du diabétès paraîtrait consister plus constamment dans l'absence de cet acide que dans celle de l'urée.

Quelques chimistes avaient avancé que la présence d'une matière sucrée dans l'urine supposait l'existence d'une semblable matière dans le sang. M. Wollaston est de ce nombre; il dit cependant n'avoir pas trouvé dans le sang un trentième de sucre qu'il a reconnu dans l'urine, à quantité égale de liquide. On est porté maintenant à croire que, quelle que soit la quantité de sucre qui se trouve dans l'urine, le sang n'en contient pas; c'est, du moins, ce que tendent à prouver des expériences de Vauquelin et de M. Ségalas, qui ne purent parvenir à reconnaître l'existence d'aucun atome de sucre dans le sang d'une femme diabétique, dont l'urine contenait, sur sept parties, une partie de sucre. Ce point de chimie animale pathologique réclame toutefois de nouvelles recherches; au surplus, le mécanisme qui préside à la formation accidentelle du sucre dans l'urine est un de ces mystères physiologiques qu'on n'est pas encore parvenu à nous révéler d'une manière bien évidente. Vauquelin pensait que, chez les diabétiques, le principe sucré des aliments et des boissons passe en partie indécomposé dans l'urine. S'il en était ainsi, il semblerait que la chimie devrait constamment démontrer la présence de cette substance dans le sang, à moins que, s'évacuant incessamment par les urines, elle n'existe, dans la masse sanguine, en quantité tellement minime, qu'elle échappe aux réactifs; dans le diabétès non sucré, l'urine n'est presque exclusivement composée que d'eau et d'une très-petite quantité de matière animale.

Quoi qu'il en soit, après avoir fait connaître les changements de quantité et de qualité qui constituent les phénomènes prédominants et essentiels du diabétès, il importe de signaler quelques autres symptômes de cette maladie. Nous avons déjà fait remarquer qu'une soif ardente coïncidait avec le besoin presque continuel de rendre les urines. En même temps la bouche est sèche; il en est de même de la peau; il existe fréquemment un sentiment de chaleur intérieure, de la pesanteur à l'épigastre; quelquefois ce sentiment de pesanteur, ou même une véritable douleur, se manifeste dans la région des lombes. Chez un bon nombre de diabétiques (et M. Dezeiméris a récemment insisté sur ce fait) on observe les symptômes d'une véritable phlegmasie chronique des voies digestives. Toutefois, ce n'est là qu'une complication, et non un caractère constant, essentiel du diabétès.

Lorsque le diabétès se prolonge pendant un temps considérable, il compromet l'existence même des malades; épuisés par les pertes énormes qui se font par les urines, ces malheureux maigrissent, se fondent, pour ainsi dire; le sentiment d'ardeur intérieure qui les consume se complique parfois d'un mouvement fébrile analogue à celui de la fièvre hectique; plongés dans la tristesse et l'abattement, dans le dernier degré du marasme, ils finissent par s'éteindre, dévorés, jusqu'au dernier moment, de deux besoins qu'ils sont condamnés à ne pouvoir jamais satisfaire, savoir, le besoin de boire et celui d'uriner.

La marche du diabétès est le plus ordinairement lente et progressive. Si, comme le prétendent quelques auteurs, les symptômes qui caractérisent la maladie se présentent dans toute leur intensité d'une manière en quelque sorte instantanée, ce n'est du moins que dans des cas fort rares. Ainsi donc, en général, les accidents diabétiques se développent avec lenteur, et bien souvent ce n'est qu'après plusieurs années qu'ils atteignent leur maximum de gravité. Il est des cas, trop rares à la vérité, où, restant comme stationnaire, le diabétès persiste pendant toute la vie des malades, sans paraître en avoir abrégé sensiblement la durée. Dans les autres cas, la mort arrive de la manière que nous l'avons indiqué tout à l'heure. Arétée et Cullen, de même qu'une foule d'autres observateurs, ont signalé cette funeste terminaison, inévitable dans la majorité des cas, si les efforts de l'art ou les secours de la nature ne parviennent pas à vaincre la maladie.

Traitement. Les médications les plus contradictoires ont été employées contre le diabétès, et presque toujours, il faut l'avouer, sans succès. Le régime gras, l'alimentation animale, l'usage de vins généreux, ont été considérés comme le remède par excellence contre cette maladie. On a administré l'urée, l'opium, le calomel, la scammonée, l'émétique, la magnésie calcinée, le phosphate de soude, les saignées, etc. Après l'énumération de ces médications diverses, M. Bouillaud ajoute, et nous sommes complétement de son avis, « la conclusion définitive de cet article, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire et sur la nature et sur le traitement de la maladie qui en fait le sujet. » (Dictionnaire en 15 vol., tom. VI.)

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION.

1o *Hypertrophie des reins :* elle peut affecter un seul ou les deux reins; elle peut s'accompagner de l'atrophie de l'autre rein; elle peut réunir ces deux organes au moyen d'un pont constitué par une masse rougeâtre d'où part un uretère supplémentaire, ou qui aboutit à l'un des uretères normaux.

2o *Atrophie :* elle peut être congéniale, ou résulter de la compression exercée par une

tumeur, ou enfin être spontanée; elle affecte un seul ou les deux reins.

3° L'*absence des reins* est fort rare; les fœtus les moins développés présentent ces organes.

La substance corticale du rein peut manquer. Les reins peuvent être déplacés et situés à l'hypogastre; alors l'artère rénale naît de l'hypogastrique. Dans certains cas, ils se placent transversalement devant la colonne vertébrale.

4° *Ramollissement :* cet état du rein a été constaté sans aucun signe d'inflammation.

5° *Kystes :* on en rencontre d'assez volumineux pour former une tumeur qui, comprimant la substance du rein, en détermine l'atrophie.

6° *Tubercules :* ils sont rares dans les cas mêmes où la diathèse tuberculeuse est le plus manifeste.

7° *Cancer :* cette production peut exister seule dans le rein, ou coïncider avec la diathèse cancéreuse. Elle constitue une maladie assez grave pour déterminer la mort à elle seule; elle s'accompagne quelquefois, pendant la vie, d'une tuméfaction sensible ou d'hématurie.

8° *Entozoaires :* c'est surtout le strongle qui a été observé, mais rarement; on cite un cas dans lequel cet entozoaire aurait été expulsé par l'urètre.

9° *État granuleux du rein :* c'est une maladie récemment observée et dont on s'est beaucoup occupé depuis quelque temps. Le meilleur travail qui ait été publié sur ce sujet est la dissertation de M. Tissot (Paris, 1833). Nous allons lui emprunter la description de cette maladie.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET RECHERCHES HISTORIQUES.

Les travaux de quelques médecins anglais, des observations recueillies en France à l'hôpital de la Charité, permettent de détacher de l'histoire générale des hydropisies une espèce distincte, et de préparer les éléments de sa monographie. Cette espèce a ses causes; des symptômes caractéristiques l'annoncent; elle offre quelques indications thérapeutiques particulières; et puis ce n'est pas un cas rare, elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait, d'après le petit nombre de recherches faites à ce sujet; en un mot, son étude isolée n'est pas seulement un point de vue théorique mais encore une nécessité pratique.

Ainsi que nous le démontrerons dans le cours de cette dissertation, l'épanchement séreux qui en est le sujet n'est pas une affection idiopathique indépendante; il est le résultat d'une altération particulière des reins : il devient donc nécessaire de réunir dans la même description l'effet et la cause, l'hydropisie et l'affection des organes sécréteurs de l'urine. Cette marche nous semble, jusqu'à des travaux ultérieurs, la plus favorable à l'étude.

Quelques traits fugitifs, dans les auteurs anciens ou modernes, semblent se rattacher à cette maladie : c'est l'état morbide des reins, c'est l'état albumineux des urines, ce sont d'autres symptômes encore que leur génie observateur a saisis, comme en passant, sans en tirer une induction formelle.

Fernel regarde comme erronée l'opinion de ceux qui rapportent à une maladie du foie les urines sanguinolentes, ou ressemblant à de la lavure de chair; en les attribuant à une altération des reins, il peut avoir entrevu l'altération dont nous nous occupons (*Pathologia*, lib. III, cap. XIII, Francfort, 1592, in fol.).

Van Helmont, dans son chapitre de l'hydropisie inconnue, en soupçonne la cause dans une maladie des organes sécréteurs de l'urine (*Ortus medicinæ*, pag. 509. Amst., 1648).

Bonet (Th.) parle d'une ascite provoquée par une affection qui aurait diminué le volume des reins et leur consistance : *Vitio renum flaccidorum* (*Sepulcretum anatom. seu anatom. pract.*, lib. III, sect. 21, obs. 8). Il fait mention ailleurs d'un pauvre, mort hydropique, chez qui l'autopsie découvrit des reins blancs comme du lait, couleur qui s'observe souvent dans la maladie de Bright. Schenk (Obs. médic., chap. 177, pag. 866) avait fait la même remarque chez une personne morte d'une ascite.

Le docteur Fordyce dit, dans ses Éléments de médecine (Londres, 1768), que, si les reins sont relâchés ou stimulés, du chyle, du sérum, de la lymphe coagulable, et même les parties rouges du sang, peuvent être rejetés par ces organes.

Kruickshank assure que, dans certaines hydropisies, l'urine est coagulable comme le sérum du sang, tandis que, dans celles qui procèdent de viscères malades, elle ne se coagule ni par la chaleur ni par l'acide nitrique. (Appendice de l'ouvrage de Rollo, sur le diabètès, pag. 447-448.)

On lit dans Morgagni, au sujet d'une femme hydropique (*de sed. et causis morbor.*, *epist.* XL, § 21) : *Laterales ventriculi non sine aqua intro effusa ut in thoracis cavo, sic etiam in ventre aqua non defuerat. Ren uterque inæquali erat superficie et maculis albis hic illic qua subsidebat variegata.* »

Chapotain (Topographie médicale de l'Ile-de-France, thèse, 1812) cite l'observation d'un jeune créole qui rendait des urines sanguinolentes, et se plaignait de douleurs vives dans les reins, suivies d'urines dans lesquelles l'ébullition et l'acide nitrique montraient la présence de l'albumine.

Blackall fixe davantage l'attention des médecins sur la présence du sérum dans les

urines, et la regarde comme le signe constant d'une hydropisie imminente ou déjà formée (*Observ. on the nature and cure of dropsies,* in-8°, 1818).

Wells (3e vol., Transac. d'une société de méd. pour l'avanc. de la médecine) devient plus précis dans deux Mémoires publiés en 1812. L'analyse des urines lui démontre la présence de l'albumine quarante-huit fois sur cent trente cas d'ascite, quarante-sept sur soixante-six d'anasarque symptomatique ou essentielle, quatorze sur vingt d'hydrothorax. Frappé de ce phénomène, il examine les urines d'autres maladies aiguës ou chroniques, et dans dix-neuf des premières, quatre-vingt-trois des secondes, il ne découvre aucune trace d'albumine, ou par hasard des traces si légères, qu'elles ne peuvent être comparées avec celles des urines des hydropiques. Wells va plus loin encore : il signale dans quelques autopsies l'altération des reins, d'une manière vague, à la vérité, mais assez pour montrer qu'il soupçonne la cause du mal.

Richard Bright (Choix d'observ. médic., Londres, 1827), profitant sans doute de ces données importantes, se livre à des recherches sur les causes qui peuvent produire l'hydropisie. A l'aide de réactifs convenables, il découvre aussi l'albumine dans l'urine de quelques sujets atteints de cette maladie; mais tous les hydropiques ne lui offrent pas le même phénomène. Sur vingt-quatre individus qui se présentent, dix-sept meurent, sept guérissent : l'autopsie des premiers lui a fait voir constamment une altération évidente des reins, quelquefois seule, quelquefois compliquée de l'affection d'autres organes; et dans ces divers cas, le plus souvent la maladie des reins est la plus ancienne, la plus considérable, et les complications ne paraissent être que des effets secondaires. Les sept malades guéris présentent, avec des urines albumineuses, des symptômes indubitables de l'affection des reins, comme des douleurs, dans les lombes, etc.

Bright tire, de ces observations recueillies avec soin, la conclusion qu'une des causes de l'hydropisie, une des plus fréquentes peut-être, est une altération morbide des reins ; cette altération, il cherche à en pénétrer la nature; il lui assigne trois degrés ou plutôt trois formes.

Les travaux de cet observateur provoquent ne nouvelles recherches. Deux professeurs d'Édimbourg, Christison et Grégory, publient en 1827 et 1831 des résultats qui viennent à l'appui de ceux obtenus par le médecin de Londres (*Reports of medical cases.* Londres, 1827 et 1831). Ils reconnaissent que l'émission de l'urine albumineuse est liée, pendant la vie, à un état pathologique des reins, et rapportent, à l'appui de leur assertion, le premier sept observations, le second quatre-vingts la plupart éclairées par la nécroscopie. Ils observent, à la vérité, une foule d'affections concomitantes avec celle des reins; mais ce n'est jamais que lorsque ceux-ci sont malades que l'hydropique rend des urines albumineuses.

La maladie des reins n'était pas entièrement inconnue en France à l'époque où Bright appelait sur elle l'attention de ses compatriotes. Un des professeurs de cette faculté, M. Andral, à qui rien n'échappe en fait d'anatomie pathologique, l'avait signalée dans la deuxième édition de sa Clinique médicale, sans cependant faire mention de l'état albumineux des urines.

Ces découvertes importantes, ces travaux intéressants avaient à peine appelé l'attention de quelques médecins français, lorsque M. Rayer entreprit de nouvelles recherches sur la maladie de Bright, au commencement de 1831, et voulut bien nous y laisser prendre une part active. Tous les hydropiques, pendant cinq mois, admis à la Charité, dans les salles de MM. Rayer et Lerminier, sont examinés avec soin, leurs symptômes annotés, leurs urines soumises aux réactifs; sur 25, 13 rendent des urines mêlées d'albumine; parmi ces derniers, 11 succombent, et la nécropsie montre les reins toujours altérés, et quelquefois altérés seuls.

Ces faits concordent avec ceux des médecins anglais; mais, pour leur donner toute la valeur qui leur appartient, et marquer dans le cadre nosologique une place à la maladie de Bright, il importait de faire de nouvelles expériences, et surtout de rechercher si les urines albumineuses ne se rencontraient jamais dans d'autres maladies que dans celles des reins. Wells avait bien commencé cette tâche, mais ne l'avait pas achevée. Bright, Christison et Grégory ne l'ont remplie qu'à l'égard des affections du foie et du cœur. M. Rayer, qui en sentait toute l'importance, a eu le courage de l'entreprendre et le bonheur de l'achever. Nous en dirons plus tard les résultats, qui seront, nous l'espérons, bientôt publiés par ce médecin lui-même avec ses recherches sur la nature de la maladie des reins.

Il suffit toutefois de 130 observations recueillies jusqu'à ce jour, tant en France que dans la Grande-Bretagne, pour s'arrêter à l'idée de l'existence d'une hydropisie spéciale résultant d'une maladie des reins. Ces observations sont également concluantes, soit qu'elles représentent cette maladie simple, soit qu'elles la montrent compliquée, puisque les complications, examinées isolément, n'offrent pas le caractère essentiel de l'hydropisie en question, c'est-à-dire la présence de l'albuine dans les urines.

Symptômes. — L'hydropisie est un des

symptômes les plus fréquents de la maladie granuleuse des reins; Bright l'a observée vingt-trois fois sur vingt-quatre, Grégory cinquante-huit sur quatre-vingts, M. Rayer seize sur dix-sept; et si Grégory l'a rencontrée moins souvent, peut-être n'a-t-il pas tenu compte de ces légers œdèmes des extrémités que l'on rencontre quelquefois. Ce symptôme peut se montrer sous différentes formes : c'est quelquefois une ascite, plus souvent une anasarque; d'autres fois un léger œdème des pieds, des mains et de la face. Les observations de Bright ont plus souvent trait à une anasarque, et celles que nous avons recueillies dans le service de M. Rayer, à des ascites, avec œdème des extrémités inférieures.

Ces épanchements séreux dans le tissu cellulaire ou dans les cavités du péritoine, produits par la maladie de Bright, sont, dans la plupart des cas, accompagnés et quelquefois précédés d'une douleur dans la région des reins ou d'une sensibilité anormale dans cette partie, que la pression augmente ou qu'elle rend perceptible si elle est sourde et latente. Bright a signalé ce symptôme dix fois sur vingt-quatre, Christison quatre sur sept, et nous l'avons remarqué chez neuf des dix-sept malades dont nous venons de consigner les observations. Grégory parle d'une autre douleur plus fréquente que la première, qui se manifesterait à la partie supérieure de l'abdomen, dans les limites de l'hypocondre droit, et qu'il aurait rencontrée trente-trois fois sur quatre-vingts cas. Cette douleur, qui, selon lui, serait indépendante du foie, ne s'est présentée à nos investigations que chez un sujet atteint de phthisie et d'entérite chronique; cependant Bright et Christison l'ont observée sur quelques malades; mais, lorsqu'ils ont pu en faire la nécroscopie, ils ont presque toujours découvert dans le foie des altérations qui expliquaient ce phénomène. Les médecins anglais signalent encore, dans certains cas, des douleurs à l'épigastre et autour de l'ombilic, qui n'ont jamais été observées chez les sujets de nos observations. Il est des cas (plus d'un tiers) où l'hydropisie n'est précédée ni accompagnée d'aucune douleur, où la pression sur la région lombaire n'en peut provoquer aucune.

L'hydropisie et la douleur ne sont pas les seuls symptômes qui se rattachent immédiatement à l'affection des reins; la sécrétion urinaire subit des modifications importantes dans sa couleur, sa pesanteur spécifique et sa composition.

L'urine est tantôt rouge brunâtre, ressemblant à de la lavure de chair, plus souvent jaune paille, jaune verdâtre, semblable à du petit-lait non clarifié, plus ou moins trouble dans tous les cas. C'est dans le début de la maladie qu'on remarque plus particulièrement les urines rouges, et quelquefois même une sorte d'hématurie; on voit alors, au fond du vase, des flocons filamenteux, rougeâtres, qui semblent être fournis par la partie fibrineuse du sang. Les auteurs anglais font mention d'un dépôt semblable à du son qui se trouverait fréquemment dans les urines des hydropiques, par suite d'affection rénale. Nous n'avons eu qu'une seule fois l'occasion de vérifier cette particularité dans les urines d'un hydropique atteint d'une maladie du foie, et sans aucun indice de maladie des reins.

Nous avons dit, soit d'après nos observations, soit d'après celles des auteurs, que les urines sont toujours plus ou moins troubles; une exception ne saurait détruire cette proposition, et cette exception nous l'avons remarquée chez le malade qui fait le sujet de la onzième observation, et qui était atteint d'une phthisie très-avancée.

La pesanteur spécifique de l'urine est, d'après les auteurs anglais déjà cités, constamment moindre que dans l'état pur; sa moyenne est de 1013 à 1018, tandis que chez l'homme sain elle est de 1024 à 1026. Ces calculs ont pour base des expériences faites par Grégory, au mois de septembre, sur cinquante-deux sujets bien portants et cinquante affectés de la maladie de Bright. La diminution de la pesanteur de l'urine est d'autant plus remarquable ici, que la quantité de ce fluide est, dans presque tous les cas de cette maladie, moindre, comparativement, que dans l'état de santé ordinaire.

L'urée et les autres parties solides qui forment les éléments de l'urine sont aussi en moindre quantité dans ce fluide; quelquefois cette diminution est peu sensible, tandis que, dans d'autres cas, elle est presque de moitié : c'est du moins ce qui a été constaté en Angleterre. L'analyse chimique découvre en outre, dans les urines, la présence de l'albumine; les changements survenus dans la composition de ce fluide sont si essentiels qu'ils nous serviront plus tard de signes pathognomoniques.

Bright, Christison et Grégory ont reconnu l'albumine dans les urines de tous les hydropiques dont les symptômes ont fait présumer ou dont l'autopsie a démontré l'altération des reins; même résultat pour les malades soumis à notre observation. Il importe donc de faire connaître les réactifs qui nous ont servi à constater la présence de l'albumine dans la sécrétion urinaire.

Traitées par l'acide nitrique, les urines qui contiennent cette substance forment des précipités plus ou moins abondants, depuis un simple nuage blanc opalin jusqu'à une masse en flocons, grumeaux ou filaments : un quatre-centième d'albumine s'est découvert par ce moyen. Si l'urine n'en recèle qu'une minime

quantité, l'acide nitrique y fait naître un nuage blanc; si elle en contient davantage, elle devient laiteuse. L'albumine est-elle plus abondante encore à la dose d'un quarantième, d'un trentième, d'un vingtième : le précipité est grumelé, caillebotté. L'albumine est-elle mêlée à l'urine dans la proportion d'un dixième, d'un huitième : en faisant tomber goutte à goutte l'acide nitrique dans le liquide, il entraîne avec lui au fond du vase l'albumine en forme de filaments. Dans des cas très-rares, en mettant dans l'urine une goutte d'acide, il se forme, à la surface du liquide, une plaque blanche lenticulaire, qui n'est autre chose que l'albumine subitement coagulée. Les urines alors sont mêlées au moins à un cinquième du sérum du sang. En réunissant quatre parties d'urine pure et une de sérum, le même moyen produit le même phénomène. Nous avons aussi la contre-épreuve des expériences précédentes, et toujours avec le même succès.

Le deutochlorure de mercure, à l'aide duquel on peut découvrir la plus légère quantité d'albumine dans un liquide, serait peut-être le meilleur réactif si, mêlé avec l'urine, il ne se décomposait pas pour passer de l'état de deuto à celui de protochlorure, et donner ainsi un précipité qui n'est pas celui que nous cherchons.

Le moyen le plus sûr et le plus facile est, sans contredit, celui de la chaleur; en exposant à celle d'une lampe ou de charbons ardents l'urine contenue dans une fiole à médecine ou dans une cuiller, on voit bientôt un nuage blanchâtre se former autour des parois du vase et gagner le centre du liquide à mesure que la chaleur augmente; au moment de l'ébullition, l'albumine, si elle est abondante, sa ramasse à la surface du liquide en une pellicule ou croûte blanchâtre, et se réunit en flocons plus ou moins épais, d'abord suspendus dans le liquide, et gagnant ensuite le fond du vase.

En faisant l'analyse des urines albumineuses, nous remarquions presque constamment sur ce liquide et contre les parois du vase un certain nombre de bulles, qui restaient sans s'affaisser, comme cela arrive aux urines ordinaires. Ce caractère physique, dont les médecins anglais n'ont pas fait mention, nous suggéra l'idée d'agiter le liquide, ou mieux de souffler dedans, à l'aide d'un tube creux ou d'un chalumeau quelconque, et nous vîmes en un instant une grande quantité de bulles énormes, superposées les unes sur les autres, comme celles que les enfants font communément naître dans l'eau de savon. Les urines naturelles, soumises à cette épreuve, offrirent, il est vrai, un grand nombre de bulles, mais moins grosses, et s'affaissant aussitôt qu'on cessait d'agiter le liquide. En y ajoutant un peu de sérum, les bulles, d'abord si fugaces, restèrent à la surface du liquide, comme dans les urines des hydropiques. Il n'y eut pour nous plus de doute que l'existence des bulles permanentes, leur développement par l'insufflation, ne fussent de sûrs indices de la présence de l'albumine dans les urines. Des expériences faites en présence de M. Rayer ont prouvé qu'à leur aide on peut découvrir jusqu'à un cinq-centième de sérum mêlé avec de l'eau ou de l'urine ordinaire. La simple vue d'urines recouvertes de bulles nous a deux fois fait reconnaître leur mélange avec l'albumine, sans avoir, au préalable, employé d'autres réactifs.

L'examen comparatif des moyens propres à constater l'état albumineux des urines nous a conduit à donner la préférence à la chaleur et aux bulles dont nous venons de parler. L'acide nitrique peut quelquefois induire en erreur, et voici comment : une petite quantité de cet acide trouble des urines où la chaleur ne démontre pas un atome d'albumine, et ces mêmes urines redeviennent limpides, si l'on ajoute une plus grande quantité d'acide. Nous avons vérifié ce fait chez des malades affectés, un d'hydropisie dépendante d'une maladie du foie, deux d'hydrothorax, un de phthisie, un autre de variole compliquée de pneumonie, enfin chez une femme affectée d'un cancer utérin : l'emploi de la chaleur nous fit réformer le premier jugement que nous avions porté. Serait-ce un précipité semblable qui en aurait imposé à Wells et à Blackall, qui ont rencontré des urines albumineuses dans une foule d'hydropisies qui n'étaient évidemment liées à aucune altération des reins? La facilité de la méprise, comme la promptitude et le nombre des guérisons qu'ils citent, nous feraient incliner vers cette opinion.

Outre l'hydropsie avec urine albumineuse dépendante d'une affection granuleuse des reins, il est d'autres altérations, ainsi que l'a constaté M. Rayer, qui sont accompagnées d'un état albumineux de la sécrétion urinaire: 1° dans l'hématurie dépendante du cancer et de calculs dans les voies urinaires, l'urine est légèrement albumineuse; sa couleur est rousse, elle est troublée par de légers flocons brunâtres, qui se déposent lentement au fond du vase; 2° dans la néphrite et la cystite, avec sécrétion purulente, les urines filtrées contiennent quelquefois une quantité notable d'albumine; 3° dans l'affection tuberculeuse des reins parvenue à son plus haut degré de développement, les urines sont parfois très-chargées d'albumine; 4° dans les cas de distension hydrorénale, par intervalles et surtout dans les grandes évacuations d'urine, après une rétention de plusieurs jours, on trouve quelquefois en grande abondance de

l'albumine dans les urines : celles contenues dans le sac rénal sont toujours très-albumineuses, chez l'homme comme chez les animaux; 5° enfin M. Rayer a trouvé les urines fortement albumineuses dans une espèce d'anémie jaunâtre du rein, avec gonflement de cet organe et concrétions fibrineuses blanchâtres, dans plusieurs de ses veines; 6° mais l'affection avec laquelle se lie le plus fréquemment, pour ne pas dire toujours, l'état albumineux plus ou moins prononcé des urines, est, sans contredit, l'état granulé des reins décrit par Bright (deuxième espèce).

D'autres fonctions que la sécrétion urinaire, d'autres organes que les reins, paraissent ressentir l'influence de la maladie de Bright, et leurs lésions sont devenues pour elle de nouveaux symptômes.

La fièvre accompagne presque toujours cette affection, soit que les reins soient les seuls organes malades, soit qu'il y ait lésion concomitante d'autres organes. Cette assertion repose sur des chiffres : sur 24 cas, Bright a observé la fièvre dix-sept fois, nous l'avons rencontrée 12 fois sur 17. Ce symptôme dénote une forme aiguë dans l'hydropisie dont nous parlons, et s'accorde assez avec l'activité des causes qui la produisent; il pourrait peut-être encore être expliqué par le changement survenu dans l'état du sang.

L'imprégnation albumineuse des urines, la diminution de l'urée dans ce fluide, devaient nécessairement diriger sur le sang l'attention des observateurs. Leurs recherches n'ont pas été sans résultat : Bostok, le collaborateur de Bright, et Christison, ont constaté la présence de l'urée dans le sang, la diminution de l'albumine et de la pesanteur spécifique de sa partie séreuse. En traitant par l'acide nitrique le sang de plusieurs malades, ils ont obtenu des cristaux sous forme d'écailles brillantes, semblables à ceux de nitrate d'urée, plus ou moins purs; et quand la proportion de l'urée dans l'urine se rapprochait beaucoup plus de l'état naturel, qu'elle était, par conséquent, moindre dans le sang, au lieu de cristaux ils ont obtenu une masse grenue exhalant l'odeur de l'extrait de l'urine soumise au même agent. MM. Rayer et Young ont répété ces expériences sur le sang de plusieurs sujets; ils n'ont pas obtenu les cristaux, mais un précipité d'odeur urineuse qui ne laisse aucun doute sur son identité avec les éléments de l'urine. Nous n'avons fait ni vu faire les expériences de Bostok et Christison sur la diminution de l'albumine dans le sérum du sang, et la pesanteur spécifique moindre de ce fluide; mais leurs recherches à cet égard ont pour garant la vérité de leurs premières analyses. Ils ont publié que la pesanteur spécique du sérum était d'autant plus faible que l'urine était chargée de plus d'albumine, d'où le docteur Christison conclut, ce nous semble avec raison, que la présence de l'albumine dans l'urine n'est due qu'au simple passage du sérum dans ce liquide; et ne voit-on pas dans quelques cas, au début de la maladie surtout, non-seulement l'albumine, mais encore la matière colorante du sang passer dans l'urine?

Grégory a observé le vomissement et la diarrhée dans 46 cas sur 80, et croit ces phénomènes indépendants d'un état inflammatoire. Bright signale 5 diarrhées dans ses 24 observations, et ne fait pas mention du vomissement. De nos dix-sept malades, deux ont eu des nausées, un seul des vomissements déterminés par la teinture de digitale, mais la plupart ont été affectés de dévoiement, sans offrir de symptômes d'irritation intestinale, si ce n'est quelques phthisiques. Les vomissements si fréquents dont parle Grégory ne seraient-ils point l'effet des médications anglaises?

Les symptômes cérébraux, depuis la céphalalgie jusqu'à l'apoplexie, se remarquent assez fréquemment pour que nous les considérions comme appartenant à la maladie qui nous occupe. Bright et Christison les ont signalés dans un certain nombre de cas : quoique dans nos observations il en soit fait moins souvent mention proportionnellement, nous ne devons pas moins considérer les symptômes cérébraux comme ayant quelques liaisons avec l'affection des reins. Le docteur James-Arthur Wilson vient à l'appui de cette opinion, en rapportant des observations de mort subite sans lésion appréciable du cerveau, mais avec altération très-avancée des reins. (Mémoire lu à la Société de Médecine de Londres, février 1833.)

Bright note, comme un fréquent effet de l'affection des reins, l'inflammation des séreuses, et surtout de la plèvre, qu'il a vue dix fois pendant le cours de la maladie principale; inflammation souvent latente et dont la marche insidieuse réclame toute l'attention du praticien. Cette complication est rare dans les observations de Christison et ne s'est présentée qu'une seule fois dans les nôtres. Le médecin d'Édimbourg parle de fréquents catarrhes; les tubercules sont l'affection thoracique que nous avons le plus souvent rencontrée.

En résumé, une douleur dans la région des reins, des urines rougeâtres ou jaunes, toujours troubles, imprégnées d'albumine, la présence de l'urée dans le sang, la fièvre, le dévoiement : tels sont les symptômes ordinaires de l'affection des reins et de l'hydropisie qui en dépend.

La marche de cette hydropisie n'est pas uniforme; quelquefois elle se déclare tout à coup après l'action des causes qui la produisent; quelquefois elle est lente, insidieuse; elle affecte surtout une tendance singulière à

reparaître après une guérison parfaite en apparence, sans causes nouvelles et sous une forme plus grave; vingt-cinq sur quatre-vingts des malades de Grégory, quatre sur vingt-quatre de ceux de Bright, avaient déjà eu une attaque antérieure, quelques-uns deux et même trois. C'est surtout à l'œdème qu'appartient ce caractère, mais il en a encore un autre non moins étonnant, c'est sa mobilité; les bras, les jambes, les cuisses, s'œdématient alternativement d'un jour à l'autre; ou bien, s'il y a enflure de toutes ces parties en même temps, les unes diminuent et les autres augmentent de volume. La lecture de quelques-unes de nos observations peut donner une idée de ces curieux changements. On voit souvent, le lendemain, doubler en volume et en étendue un œdème qui, la veille, réduit à peu de chose, donnait l'espoir de sa prochaine guérison : Mitotosky en est un exemple on ne peut plus frappant.

RECHERCHES ANATOMIQUES.

Toutes les autopsies des sujets morts de l'hydropisie, avec urine albumineuse, ont présenté à Bright, et après lui aux médecins qui ont fixé leur attention sur cette maladie, une altération évidente des reins, dont la forme et l'intensité paraissent variables, suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie, que les Anglais ont divisée en trois périodes ou plutôt en trois espèces dont nous nous dispenserons de faire mention ici.

Voici, d'après M. Rayer, les changements(1) que les reins présentent dans la maladie de Bright : 1° augmentation de volume et de poids, quelquefois très-considérable; souvent les scissures qui divisent les reins en lobules sont plus prononcées qu'à l'ordinaire, comme dans les reins fortement injectés : cet aspect provient très-probablement du gonflement général du rein, et surtout de celui de la substance corticale.

2° D'autres fois on observe une injection de vaisseaux superficiels des reins, et surtout des marbrures ecchymotiques à leur surface; mais très-rarement la substance corticale est congestionnée : dans un cas, cependant, cet état de congestion existait à un degré déjà très-prononcé et avec un gonflement du rein.

3° Sur les reins granulés. M. Rayer a trouvé diverses lésions qui se lient à des phlegmasies chroniques, savoir : de grosses granulations blanches et des dépressions quelquefois brunâtres à la surface de cet organe, et des indurations des mamelons. La substance tubuleuse est souvent d'un rouge de foie; le bassinet et ses prolongements sont arborisés. Dans un cas, il y avait suffusion sanguine dans la substance tubuleuse.

4° L'anémie de la substance corticale existe, dans presque tous les cas, à un degré très-prononcé; c'est elle surtout qui donne à la coupe l'aspect si remarquable des reins décrit par Bright. La substance tubuleuse tranche fortement, par sa couleur rougeâtre, avec la pâleur de la substance corticale, qui occupe, surtout à l'intérieur, un espace plus grand qu'à l'ordinaire. Presque toujours on remarque une coloration bleuâtre sur les extrémités des reins.

5° Le caractère anatomique par excellence de la maladie est l'état granulé. C'est avec raison que Bright a remarqué que cette affection, à son début, paraissait être une exagération de la structure naturelle du rein; en effet, les petites circonvolutions qui s'observent à la surface extérieure de cet organe, analogues à celles que l'on voit à l'intérieur du foie, mais moins prononcées, deviennent plus tranchées dans quelques points, en augmentant de volume, et par l'effet de la matité plus marquée, de la couleur de la substance grise. Plus tard, les points les plus affectés paraissent se détacher entièrement des circonvolutions voisines et forment de petites taches laiteuses, quelquefois un peu jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle. Cependant un examen attentif démontre encore, dans un état assez avancé de la maladie, que leur siége est toujours dans la substance grise avec laquelle elles communiquent par de petits prolongements moins mats, et qui donnent à ces granulations, même à l'œil nu, un aspect floconneux, comme des grumeaux de petit-lait. Ces granulations, répandues en plus ou moins grand nombre sur la surface des deux reins, leur donnent souvent une apparence plaquée, par leur distribution un peu inégale. Les extrémités de ces organes en présentent, en général, une quantité proportionnellement plus grande que le milieu. Ces granulations sont loin d'avoir une teinte uniforme; ce qui dépend surtout de la profondeur où elles se trouvent dans le tissu rénal; toutes sont voilées légèrement par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles paraissent comme sous un vernis. Cet aspect voilé est un caractère très-sûr pour distinguer ces granulations d'autres plus ou moins analogues que l'on peut rencontrer. Sauf les complications accidentelles, la surface des reins granulés est parfaitement lisse.

Quelquefois, chez les vieillards surtout, la substance grise des reins devient par points plus mate, et comme granulée; mais cette affection se distingue facilement, avec un peu d'attention, de celle qui nous occupe, par l'absence de l'aspect diaphane et voilé de la

(1) M. Young, que M. Rayer a associé à ses recherches, a étudié ces diverses altérations avec beaucoup de soin, et les a présentées avec une vérité et une exactitude remarquables.

substance corticale, et par la présence de très-petites saillies froncées et dures là où se trouvent ces espèces de granulations.

Dans la maladie de Bright, lorsqu'on coupe le rein en deux par son bord convexe, on est frappé de l'anémie jaunâtre de la substance corticale, qui contraste fortement avec la couleur rouge de la substance tubuleuse; la première de ces substances paraît gonflée et occupe un espace plus considérable que dans l'état sain; disposition remarquable surtout par ses prolongements intérieurs. Les granulations, si on peut les désigner ainsi, se montrent sous un aspect particulier : au lieu d'être plus ou moins arrondies et séparées les unes des autres, elles se montrent sous forme de stries un peu irrégulières et comme floconneuses, qui suivent la direction des stries convergentes des cônes tubuleux aux bases desquels elles se perdent. Cette disposition s'observe seulement là où la coupe est bien dans la place des stries de la substance tubuleuse, et cela se rencontre plus souvent à la périphérie du rein, à la base des cones, où, du reste, la maladie prend, en général, son plus grand développement; il est même des cas où il n'existe aucune granulation à l'intérieur du rein, tandis qu'elles sont abondantes à la surface externe.

Quand on fait macérer pendant longtemps dans l'eau un rein bien granulé, la substance corticale se résout, comme dans les autres reins, en une sorte de chevelure qui flotte dans le liquide; mais cette espèce de houppe, au lieu d'être uniformément grisâtre, est chamarrée par des fibres blanchâtres qui ont conservé la teinte des granulations.

6° Dans cette affection les glandules des reins se décolorent notablement en même temps que l'anémie se prononce. Dans l'état avancé de la maladie, elles se présentent sous un aspect remarquable, et ressemblant à de très-petites gouttelettes d'eau : en même temps, et surtout sur la surface du rein, on trouve souvent une foule de très-petites vésicules séreuses entremêlées d'autres un peu plus volumineuses. Ce fait, rattaché à d'autres observations, porte M. Rayer à croire que, dans la maladie de Bright parvenue à un état très-avancé, les glandules des reins ont une grande tendance à devenir vésiculeuses; la coexistence de kystes nombreux a déjà été notée. En outre, on observe quelquefois, à l'extérieur du rein, de petites taches rouges et parfois un assez grand nombre de taches d'apparence pétéchiale, qui, regardées à la loupe, se résolvent en petites circonvolutions vasculaires.

7° Les artères qui pénètrent dans les reins n'ont jamais présenté rien de notable; mais, lorsqu'elles sont arrivées dans la substance corticale, on les perd plus tôt de vue que dans les reins sains. Les pédoncules vasculaires des glandules se remarquent bien rarement. Les veines rénales ont assez souvent présenté des concrétions fibrineuses blanchâtres et non adhérentes; les veines corticales sont fort peu apparentes à la coupe.

Tandis que les reins sont ainsi déviés de leur état naturel, le reste de l'appareil urinaire conserve le sien. Nous n'avons connaissance d'aucune observation recueillie en Angleterre ou en France qui fasse mention d'une maladie concomitante de la vessie, des uretères ou de l'urètre. Avant de tirer de ces faits nécroscopiques les inductions qu'ils comportent, jetons un coup d'œil sur les autres organes. Ceux que l'autopsie nous montre le plus souvent affectés, en même temps que les reins, sont les poumons, le foie, la rate, les plèvres, le cœur et le tube digestif. Le cerveau, malgré les symptômes cérébraux dont nous avons eu l'occasion de parler, est rarement le siége de désordres organiques, et nous comprenons dans cette exception les membranes qui lui appartiennent.

Les affections des poumons et des plèvres se sont présentées à Grégory dans un très-grand nombre d'autopsies. Bright les a observées onze fois sur vingt-quatre; mais la plupart de ces cas sont des pleurésies, des pleuro-pneumonies légères récentes, survenues pendant la maladie principale, ou comme une complication, ou peut-être comme une de ses conséquences; c'est une fausse membrane ancienne ou récente sur les plèvres, un léger engouement des poumons, une fausse membrane plus récente encore et un poumon plus rouge qu'à l'ordinaire (Bright, Observ. n°s 3, 5, 12, 22, 23). Dans tous ces cas, l'histoire du sujet, d'accord avec l'anatomie pathologique, désignera l'époque de la maladie à laquelle ont paru ces phlegmasies intercurrentes. Mais les poumons sont souvent le siége d'affections organiques plus graves. Si nous n'avions à consulter que nos propres observations, nous émettrions l'opinion que les tubercules sont plus fréquents que les affections précitées; car nous les avons constatés sept fois sur dix-sept, et nous n'avons sur ce même nombre observé que deux pneumonies. Nous trouverions peut-être cette même proportion dans Grégory, s'il avait mieux spécifié les désordres pulmonaires qu'il a rencontrés dans un très-grand nombre de cas. Si nous avons bien lu l'ouvrage de Bright, nous n'avons, dans ses autopsies, compté que deux ou trois tuberculeux.

Quinze fois sur soixante-cinq sujets (Bright, Grégory et M. Rayer réunis), le cœur et les gros vaisseaux s'éloignaient de leur état normal; sur ce même nombre, le foie est plus souvent malade. Vingt-deux fois il a été trouvé plus ou moins altéré. Bright (et nous parta-

geons assez son avis) remarque que cet organe est rarement sain, mais que la déviation de sa structure primordiale est souvent si légère, qu'on peut douter s'il faut la mettre au nombre des apparences morbides. Le foie a surtout une tendance aux granulations, qui semblerait annoncer sur lui l'action de la cause qui les provoque sur les reins. La rate est souvent malade, volumineuse, dure, affectant une couleur blanchâtre; mais dans quel cas cet organe singulier ne subit-il pas quelque altération?

Les gastrites sont rares, et malgré le dévoiement, qui est un des symptômes fréquents de la maladie de Bright, l'intestin offre fort peu de traces de phlegmasie. Qu'est, en effet, la proportion de dix entérites sur soixante-six cas, lorsqu'on se rappelle la fréquence de la diarrhée?

N'oublions pas de faire mention ici du péritoine, qui n'a présenté qu'un très-petit nombre d'altérations, résultat qui infirme la proposition de Bright sur l'inflammation des séreuses comme caractère de la maladie des reins.

En résumé : 1° point de lésion pathologique constante que celle des reins dans l'hydropisie avec urine albumineuse; 2° ces organes sont les seuls qui présentent des altérations morbides essentielles, ou du moins le foie, le cœur, les poumons, et les autres organes dont les lésions peuvent déterminer l'hydropisie, n'offrent, la plupart du temps, que de légers désordres; ou, s'ils sont altérés plus profondément dans leur structure, il arrive ordinairement que la lésion des reins est égale ou plus considérable; 3° ne ressort-il pas de ces faits que l'hydropisie dont nous nous occupons est évidemment liée à l'affection granuleuse des reins? Cette conséquence aura acquis tout le degré de certitude dont elle est susceptible, lorsque nous aurons prouvé, au chapitre du diagnostic, que les urines albumineuses ne se rencontrent pas dans les épanchements séreux dépendant d'autres affections que celle des reins.

L'examen des altérations pathologiques de ces organes nous permettrait-il d'émettre une opinion sur leur nature, leur cause première? Dans la première période, nous les voyons avec augmentation de volume et de pesanteur, avec une coloration rouge plus foncée, allant même jusqu'au brun noir; y a-t-il là un afflux de sang à la suite d'une irritation, une véritable phlegmasie, une néphrite spéciale? Cette conjecture n'est-elle pas fortifiée par le ramollissement qu'offrent quelquefois les reins à l'instar d'autres organes, sous l'empire d'une inflammation?

S'il était vrai que l'affection des reins fût d'abord un état inflammatoire, ne devrait-on pas considérer comme une conséquence de cet état les altérations, les dégénérescences qui se rencontrent plus tard dans ces organes? C'est la phlegmasie qui, devenue chronique, ou qui, chronique dès le principe, a produit là ce qu'elle produit ailleurs, avec les différences que comporte la structure spéciale des reins.

Causes. Le dépouillement des observations recueillies par les auteurs déjà cités nous permet de regarder comme prédispositions à la maladie de Bright le sexe, l'âge et la cachexie.

Ce sont ordinairement des individus du sexe masculin qui sont le sujet de ces observations; d'après nos calculs, la différence entre les deux sexes serait de 3 à 1; sur 36 malades, nous ne comptons que 12 femmes.

Le plus grand nombre des cas paraît se manifester depuis 30 jusqu'à 45 ans, et surtout aux approches de ce dernier âge : sur 39 sujets, nous en trouverons 19 entre ces deux époques, 10 entre 18 et 30 ans, et 10 entre 45 et 70 ans. D'après ces données, les premières comme les dernières périodes de la vie sembleraient exemptes de la maladie de Bright.

La cachexie, les tubercules pulmonaires, les professions qui exigent le séjour dans des lieux bas et humides, comme celles de tisserand, de sellier, ou qui exposent aux intempéries des saisons, telles que celles des voituriers, matelots, charpentiers, lessiveuses, sont autant de causes prédisposantes dont l'expérience a constaté la funeste influence.

Nous avons dit quelque part que nous avions trouvé des tubercules chez sept des malades dont nous rapportons les observations; nous n'eussions peut-être pas tenu compte de cette maladie comme prédisposition sans une circonstance qui est venue nous en renouveler toute l'influence. Deux phthisiques sortent de l'hôpital sans présenter la moindre trace d'albumine dans leurs urines; ils y rentrent trois semaines après : l'un porteur d'un œdème aux extrémités inférieures, l'autre sans infiltration quelconque; et leurs urines, soumises aux réactifs ordinaires, donnent le précipité albumineux qui dénote la maladie des reins. Un seul exemple serait insignifiant; mais deux ont une valeur qui doit être prise en considération.

Après ces dispositions, que nous avons cru devoir signaler, vient l'ordre des véritables causes de la maladie de Bright, et que l'on peut appeler causes efficientes.

Le plus souvent, lorsque les malades se rappellent leurs antécédents, il nous apprennent qu'ils se sont exposés au froid, à l'humidité, ou qu'ils ont bu abondamment de l'eau froide lorsqu'ils étaient en transpiration. Bright cite treize causes semblables sur vingt-quatre observations; nous en comptons sept sur dix-sept; ces chiffres parlent assez haut pour se passer de commentaire. Nous devons

à l'influence de l'humidité et du froid, joindre celle du mauvais régime, et parfois du manque de nourriture : ce sont deux ennemis qui ne sont que trop souvent conjurés contre le pauvre et l'artisan.

L'intempérance, et surtout l'abus des liqueurs fortes, viendraient après dans l'histoire des causes. Bright en rapporte six cas qui nous paraissent assez concluants.

M. Alison, le collaborateur du docteur Christison, pense que l'anasarque, qui suit si fréquemment la scarlatine, est, dans beaucoup de cas, du genre que nous examinons; que les urines sont alors coagulables, et partant les reins frappés de l'affection granuleuse: nous n'avons pas pu vérifier l'exactitude de cette importante assertion. Le seul individu affecté de scarlatine dont nous avons examiné les urines pendant le cours de nos recherches ne les avait pas du tout albumineuses; d'ailleurs l'affection hydropique n'existait pas chez lui. Ce point de pathologie mérite d'être éclairé par de nouveaux travaux.

L'hydropisie, qui accompagne si souvent l'état de grossesse, se présente aussi quelquefois avec des urines albumineuses ; M. Rayer en a observé récemment un ou deux cas qui ont guéri avec une rapidité étonnante sous l'influence de la décoction de racine de raifort sauvage. Il nous suffit de signaler ces deux espèces d'hydropisie, comme pouvant dépendre d'une affection rénale, pour engager les praticiens à employer les moyens propres à la reconnaître et la combattre par un traitement convenable, et prévenir ainsi l'issue funeste qui a souvent lieu dans les hydropisies avec urine albumineuse.

Diagnostic. Quelques symptômes avaient fait pressentir, et les recherches anatomiques ont montré sans réplique, que l'hydropisie de Bright était liée à une altération particulière des reins. Mais est-il possible d'établir le diagnostic de cette affection, et surtout de distinguer cette hydropisie de celles qui proviennent d'une autre source? Ce n'est plus aujourd'hui une question pour ceux qui se sont occupés de ce sujet. La connaissance des causes spéciales que nous avons signalées, les douleurs dans les régions lombaires donnent de prime abord des soupçons de la maladie des reins, et deviennent le signal de la recherche des urines albumineuses qui forment son caractère pathognomonique.

Nous avons prouvé ailleurs que cette espèce d'urine se trouvait chez les individus atteints de cette maladie et de l'hydropisie qui en est la conséquence ordinaire; il s'agit maintenant d'examiner si l'on ne rencontre pas ces urines dans d'autres affections, surtout dans les épanchements séreux dépendant de maladies organiques du cœur, du foie, des poumons, d'autres organes, ou d'un obstacle mécanique au cours du sang, comme cela arrive assez souvent, ainsi que l'a prouvé M. Bouillaud (Arch. génér., tome II.)

Bright a fait cet examen pour les hydropisies déterminées par les altérations du cœur ou du foie, et n'a jamais, dans ces cas, découvert de l'albumine dans les urines. Des résultats identiques ont suivi les expériences qui ont été faites à la Charité. Six hydropiques avec maladies du foie, huit avec maladies du cœur, deux atteints d'anasarque essentielle, ont été les sujets de ces expériences; même résultat encore pour sept hydrothorax, un œdème suite de rhumatisme, un œdème de femme en couches, enfin une hydropéritonite.

Mais il fallait, pour donner à la présence de l'albumine dans les urines toute la valeur pathognomonique au profit de la maladie granuleuse des reins, rechercher si ce phénomène n'appartenait pas à d'autres affections. Wells avait commencé ce travail, qu'a repris et achevé M. Rayer avec le plus heureux succès. Plus de quatre cents malades présentant les maladies de tous les organes internes ou externes, de toutes les cavités, fièvres ou phlegmasies, altérations récentes ou anciennes, dégénérescences de toute espèce, soumis aux traitements les plus divers, ont été le sujet de ses investigations. Sauf les exceptions consignées dans le chapitre second, les urines de ces malades, examinées avec le plus grand soin, ne lui ont jamais offert le caractère albumineux, et, pour que rien ne manquât à l'épreuve, les urines recueillies à d'autres époques de la journée restaient toujours les mêmes au contact des réactifs. Les maladies du foie, du cœur, avec ou sans hydropisie, qui compliquent si souvent l'affection granuleuse des reins, ont été l'objet plus particulier de nos recherches : celles-là n'ont pas plus que les autres fourni des résultats contraires à nos assertions.

Bright avait avancé qu'on rencontrait quelquefois l'albumine dans l'état de santé parfaite; nous avons cherché, mais en vain, à vérifier cette assertion, qui, du reste, si elle est fondée, ne détruit pas la valeur de notre symptôme diagnostique, lorsqu'il y a hydropisie.

D'après ces faits, l'épanchement séreux, sous quelque forme qu'il se manifeste, œdème, ascite ou anasarque, lorsqu'il existe chez un sujet offrant des urines albumineuses, doit être rapporté à la maladie des reins; il ne peut y avoir d'exception à cette conséquence : il y a plus, il peut arriver, Grégory en cite un certain nombre de cas, nous en avons observé un, il peut arriver, dis-je, que l'affection des reins ne soit pas suivie d'épanchement séreux; quelques symptômes vagues le font soupçonner : eh bien! alors les urines

sont aussi albumineuses, les réactifs le démontrent, et donnent encore le signe pathognomonique de cette altération.

Pronostic. Si nous nous arrêtions aux idées du docteur Bright, nous n'aurions à émettre qu'un pronostic toujours fâcheux sur cette maladie. Il paraît douter de la possibilité de la guérison, bien que ses vingt-quatre observations mentionnent six rétablissements; il a vu là une disparition momentanée des symptômes, un amendement notable plutôt qu'une cure entière et définitive. Christison et Grégory sont plus rassurants : le premier cite trois guérisons sur sept malades, le second vingt-deux sur quatre-vingts. La proportion des guérisons n'est pas aussi grande parmi les malades que nous avons observés à la Charité, dans les salles de MM. Rayer, Lherminier et Rullier; mais si nous nous rappelons la fréquence des complications tuberculeuses chez ces différents malades, nous aurons, je crois, la raison de différence de cette mortalité.

D'après ces calculs, il semblerait qu'on peut compter au moins sur un quart de guérisons; chance qu'on ne saurait espérer dans les épanchements séreux dépendant d'une affection du foie, du cœur ou des gros vaisseaux.

N'est-il pas probable que les lumières nouvelles jetées sur cette maladie par les recherches qui se poursuivent, en éclairant mieux ses premières périodes, augmenteront la proportion des cas curables? Un léger œdème, dont on ne faisait pas de cas, s'il coïncide avec une douleur lombaire, avec des urines albumineuses, s'il est le fait de l'impression du froid, deviendra l'objet d'un traitement actif, et le médecin pourra tout d'abord, prévoir la dégénérescence granuleuse des reins.

Au demeurant, le pronostic de cette affection est très-grave, et cette gravité s'accroît encore lorsque le mal est ancien, étendu, lorsqu'il est compliqué de l'altération d'autres organes. L'apparition d'une phlegmasie est une circonstance de fort mauvais augure, à cause de l'intensité qu'elle prend et de la rapidité avec laquelle elle se développe; c'est ainsi qu'une pneumonie, une pleurésie un érésipèle, viennent assez souvent mettre fin aux jours des malades.

Traitement. Les premiers symptômes de la maladie, la nature des causes qui la provoquent, la brusque apparition de l'épanchement séreux qui l'accompagne, devaient nécessairement donner l'idée d'employer à son début les antiphlogistiques; ce sont là les moyens qu'ont en effet mis en usage les médecins de Londres et d'Édimbourg; ils ont eu recours ensuite, comme on le fait dans les hydropisies appelées inflammatoires, après l'insuccès de la saignée, aux diurétiques et aux purgatifs. A ces ressources thérapeutiques, il nous semble possible d'ajouter les bains de vapeur et les dérivatifs : l'expérience parle en faveur des uns, l'analogie déposerait en faveur des autres.

1° *Bains de vapeur.* Ce n'est pas sans dessein que nous les plaçons à la tête des méthodes curatives; destinés à combattre la cause la plus fréquente de la maladie, l'action du froid et de l'humidité, ils seraient les premiers remèdes rationnels si la pratique en sanctionnait l'emploi; or, voici les effets qu'elle en a retirés. M. Rayer les a essayés sur deux sujets, l'un et l'autre récemment affectés : il a obtenu le succès le plus complet sur l'un d'eux (femme de l'obs. 5), et avec une promptitude qui annonce l'à-propos et l'efficacité de ce moyen : moins heureux chez l'autre, puisque l'œdème revint après avoir entièrement disparu, il y reconnut encore l'influence salutaire du remède (obs. 3). Si M. Rayer avait pu commencer à la première période le traitement de ses hydropiques, nous aurions sans doute d'autres exemples de guérisons à citer, et nous pourrions, dès à présent, conclure pour l'adoption des bains de vapeur : c'est aux praticiens à prononcer.

2° *Saignée.* Si l'observation ne démontrait pas l'avantage de la saignée dans le début de la maladie, l'état du sang en indiquerait la nécessité; ce fluide est alors couvert d'une couenne inflammatoire aussi prononcée peut-être que dans le rhumatisme aigu. Aussi, sous l'influence des émissions sanguines, voit-on de prompts amendements dans les symptômes; les urines deviennent et moins sanguinolentes et moins coagulables; l'épanchement s'absorbe et les douleurs locales sont moins vives. La saignée générale est surtout employée au début de la maladie, elle peut être répétée chez un sujet d'une constitution pléthorique et vigoureuse, et dans ce cas l'amélioration qui l'accompagne donne la mesure qu'on doit mettre à son emploi.

La saignée locale par les sangsues ou les ventouses doit être le complément de la première, lorsque la région lombaire est le siége de douleurs vives ou latentes; elle serait la seule applicable chez un malade affecté depuis longtemps, et qui offrirait ces douleurs rénales, symptômes alors d'une phlegmasie chronique.

3° *Dérivatifs.* Les heureux effets de l'application d'un vésicatoire, ou d'une suppuration plus longue dans le voisinage d'un organe frappé d'une phlogose chronique et tendant à la désorganisation, ne semblent-ils pas annoncer l'avantage de ces ressources dans l'affection granuleuse des reins? Ce que fait une saignée locale dans la région lombaire n'indique-t-il pas ce que pourrait faire aussi un vésicatoire ou un cautère? L'expérience n'a pas encore parlé sur la valeur de ces

moyens ; mais l'analogie en autorise l'essai. Leur cas d'application se trouverait dans les périodes avancées de la maladie.

4° *Diurétiques.* La disparition des phénomènes inflammatoires ou l'inutilité de la saignée, appelle d'autres remèdes, et d'abord les diurétiques. Le mérite de cet ordre de moyens reposerait sur un fait que les recherches du docteur Christison mettent hors de doute; c'est que non-seulement ils augmentent la sécrétion aqueuse, mais aussi celle des matières solides, de l'urée et des autres sels dans une proportion presque égale. Lorsque la quantité journalière d'urine s'accroît, ce liquide conserve à peu près la même proportion de ces éléments. Les diurétiques les plus employés sont le tartrate acidule de potasse, la scille et la digitale. Bright accorde la préférence au premier de ces diurétiques, qu'il donne dans moins de liquide qu'il n'en faut pour dissoudre le sel, quand l'estomac peut le supporter ainsi; sinon il l'associe aux narcotiques, à la jusquiame, et surtout à l'opium. Nous avons vu administrer ce sel à la dose de deux gros dans un pot de tisane, et déterminer une purgation. Donnés à la façon de Bright et chez un sujet mieux disposé, il n'agirait peut-être que sur l'appareil urinaire.

Parmi les diurétiques, ceux qui ont paru le plus efficaces à M. Rayer sont la décoction de chiendent nitré, l'acétate de potasse, et surtout la décoction de racine de raifort sauvage (*cochlearia armoracia*), qu'il donne depuis deux gros jusqu'à une once et demie par litre d'eau. Deux guérisons rapidement obtenues, chez des sujets qui n'avaient éprouvé aucun soulagement de l'emploi d'autres remèdes, militent d'une manière on ne peut pas plus évidente en faveur de ce diurétique si heureusement employé par M. Rayer.

5° *Purgatifs.* La fréquence du dévoiement dans le cours de la maladie nous explique les mauvais effets des purgatifs. Jalap, élathérium ou calomélas, ils déterminent les diarrhées difficiles à arrêter et amendent à peine l'hydropisie; l'huile de crotontiglium, donnée avec persévérance au malade de l'observation dixième, ne devait pas avoir et n'a pas eu plus de succès; elle a fini par déterminer un dévoiement que rien n'a pu arrêter. Le mercure, aux inconvénients signalés, ajoute encore celui du ptyalisme : plusieurs observations des auteurs anglais en font mention.

Les bains de vapeur, les saignées générales et locales, les diurétiques, et surtout le raifort, dans la première période; la saignée capillaire, s'il y a douleur locale, les diurétiques et les dérivatifs dans la seconde : tels sont les moyens que la médecine peut diriger contre la maladie de Bright.

Les complications qui viennent entraver sa marche réclament le traitement qui leur est propre; à quelque période que surviennent une pneumonie ou des accidents cérébraux, les évacuations sanguines sont toujours utiles pourvu qu'on ait égard à l'état du malade et à l'intensité de la phlegmasie. D'après les auteurs anglais, la pleurésie se cacherait souvent sous des formes insidieuses; leur avis doit tenir le praticien en garde contre elle, et lui indiquer l'usage fréquent de l'auscultation.

—

MALADIES DU THYMUS.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup parlé, en Allemagne, d'une maladie des enfants occasionnée par l'hypertrophie du thymus et qu'on a désignée sous le nom d'*asthme thymique*. Voici le mémoire publié à ce sujet par MM. Kopp et Hirsch dans la *Gazette médicale*.

Les Allemands décrivent sous le nom d'asthme thymique, d'asthme de Kopp, qui le premier l'a fait connaître comme une maladie distincte, une affection particulière à l'enfance, caractérisée par des accès de suffocation pendant lesquels la respiration reste comme suspendue, et qui reviennent périodiquement surtout au moment du réveil, lors de la déglutition, ou lorsque l'enfant jette des cris. Sa cause, comme son nom l'indique, consiste dans un trop grand développement du thymus.

Le travail de M. le docteur Hirsch se lie intimement au premier mémoire *ex professo* écrit sur cette matière, et lu par le docteur Kopp à la réunion des savants naturalistes allemands à Heidelberg, en septembre 1829, et inséré en tête d'un ouvrage publié, en 1830, sous le titre de *Denkwurdigkeiten in der œrztlichen Praxis* (Francfort-sur-le-Mein, 1830).

L'importance et la nouveauté du sujet nous font un devoir de donner un court aperçu du mémoire de M. Kopp : on y lira surtout avec intérêt les observations qui l'ont conduit à la connaissance de la maladie qui nous occupe.

OBSERVATION PREMIÈRE. — Une femme d'une constitution délicate, d'une poitrine faible, mère de plusieurs enfants, ayant eu à souffrir d'une atonie de l'utérus à la suite de sa sixième couche, accoucha, pour la septième fois avec de grandes douleurs, d'un enfant mâle, chétif, et qui, malgré une bonne alimentation, conserva une extrême maigreur. Depuis le moment de sa naissance jusqu'à sa mort, qui eut lieu dans un accès de suffocation, il arrivait souvent à cet enfant de retenir son haleine. Cette difficulté dans la respiration passa d'abord d'une manière inaperçue; plus tard les accès devinrent plus forts, se manifestant surtout à l'instant du réveil, lors de la déglutition, ou lorsque le petit malade jetait des cris qui s'accompagnaient toujours d'un

ton larmoyant. L'enfant succomba au septième mois, dans un succès de suffocation avec convulsions.

Ce fait est le premier de ce genre observé par le docteur Kopp : l'autopsie n'eut pas lieu; ce n'est que plus tard, lorsqu'il vit les mêmes accidents se renouveler chez deux enfants de la même mère, que son attention fut vivement excitée sur la nature d'une affection qui se présentait avec des caractères d'une ressemblance si frappante.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est, comme nous venons de le dire, un frère du premier malade; né à terme, d'une constitution frêle et délicate, d'une voix faible, il jouit cependant d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quatre mois; mais alors commença à se manifester le même trouble de la respiration qu'on avait déjà observé chez le premier enfant : une suspension de la respiration revenant par intervalles et s'accompagnant chaque fois d'un cri léger et plaintif, cet état ressemblait assez bien à la respiration sanglotante et entrecoupée des enfants; cependant le petit malade témoignait de la douleur pendant toute la durée de l'accès; celui-ci survenait subitement, même quand le petit malade ne pleurait pas, et s'accompagnait du cri caractéristique que nous avons signalé. Après un arrêt plus ou moins long dans l'expiration, l'enfant reprenait peu à peu haleine, et témoignait par ses cris du sentiment de douleur et d'anxiété qu'il venait d'éprouver. Pendant le paroxysme, le pouls était irrégulier et intermittent, les yeux fixes, les mains et les pieds froids, la face bouffie et bleuâtre. Ces accès, qui revenaient de jour en jour plus forts et plus rapprochés, se montraient surtout intenses aux instants où l'enfant s'éveillait; une diarrhée ou une autre complication gastrique intercurrente aggravait chaque fois cet état, qui empira également pendant la durée d'une toux catarrhale. Cependant, excepté son défaut de respiration, la santé de l'enfant n'était pas autrement altérée. Il se passa ainsi quelques mois avec la même gêne de la respiration, et l'habitude qu'avait prise l'enfant de porter la langue entre les dents. Toute espèce de traitement avait été interrompue, lorsqu'un jour le docteur Kopp fut averti que les accidents avaient repris une nouvelle intensité, à la suite d'un coryza avec fièvre catarrhale; un quart d'heure après la visite du médecin, il survint un nouvel accès, et l'enfant mourut dans un véritable état d'asphyxie; la face bouffie, bleuâtre; la langue entre les dents. Peu auparavant il riait encore, lorsque tout à coup il retint l'haleine; le sentiment d'angoisse et de suffocation augmenta de moment en moment et se termina rapidement par la mort. Le petit malade avait atteint l'âge de dix mois.

Autopsie cadavérique faite vingt-deux heures après la mort.

Langue un peu longue et épaisse à la racine; trachée-artère normale et entièrement libre; glande thyroïde tuméfiée, extravasion sanguine recouvrant la trachée au point de jonction de la glande thyroïde et du thymus.

Thymus tellement gros et épais, qu'un assistant le prit pour un lobe du poumon, s'étendant depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme, large de deux pouces, pesant plus d'une once et appuyant fortement sur la trachée-artère, à l'endroit où s'était fait l'épanchement de sang; en incisant son parenchyme, qui n'était induré en aucun point, il s'en écoula une assez grande quantité d'humeur laiteuse qui en pénétrait toute la substance.

Poumons rouge brun, gorgés de sang, comme dans l'asphyxie.

Cœur flasque et atrophié; trou ovale encore ouvert.

Glandes muqueuses volumineuses et tuméfiées; les autres viscères abdominaux sains.

La grande fontanelle très-large; les os du crâne encore flexibles; sutures écartées.

Obs. III. — Vingt mois après la mort de son dernier enfant, la même mère accoucha de nouveau d'un garçon de la même constitution que les deux précédents, paraissant cependant d'une santé plus forte; les quinze premières semaines se passèrent sans accident, lorsqu'à cette époque on observa que l'enfant retenait l'haleine, de la même manière que ses frères; ce symptôme, d'abord léger, se remarquait surtout au moment du réveil, s'accompagnant du même cri aigu et plaintif, du même sentiment d'angoisse et de douleur que dans les deux cas précédents, de telle sorte que les parents reconnurent de suite le même genre d'affection. Les accès se caractérisaient d'une manière à peu près identique : symptômes de suffocation, bouffissure de la face, mouvements spasmodiques des mains et des pieds, langue poussée entre les dents, etc. Le traitement consista dans l'emploi du calomel, de sangsues à l'épigastre, de lavement de valériane, du musc et de frictions avec le précipité blanc, qui provoquèrent une éruption artificielle à la suite de laquelle les accidents semblèrent diminuer; les accès revenaient bien encore quelquefois chaque jour, mais à un plus faible degré. Cette amélioration continua ainsi pendant quelque temps; tous les symptômes nerveux avaient disparu, à l'exception d'une légère contraction du pouce.

Le petit malade prit dans l'intervalle six bains d'une infusion de camomille et de valériane, et eut dès le premier, sur le dos, une éruption de petits boutons. Au sixième bain, on fut obligé de discontinuer, parce qu'il ne

pouvait plus supporter ce moyen. Le trouble de la respiration ne survenait plus qu'une, deux ou trois fois par jour, et au moment du réveil; pendant une toux catarrhale qu'eut le petite malade, les accidents diminuèrent encore, et même il se passa des journées entières sans qu'ils se présentassent.

Il est à remarquer qu'en explorant la poitrine on ne découvrait nulle part les battements du cœur.

Quelque temps après il survint, sans cause connue, de petits mouvements spasmodiques des mains et des pieds, s'accompagnant assez souvent de douleurs abdominales; dans ces instants les traits de la face se contractaient et se gonflaient légèrement, et la pointe de la langue ressortait entre les lèvres; les fleurs de zinc, le musc, l'ipécacuanha à petite dose, et le calomel parvenaient, mais seulement d'une manière passagère, à calmer ces accidents qui revenaient bientôt et le plus souvent inopinément; les accès se montraient surtout le matin ; dans les intervalles l'enfant riait et prenait le sein avec facilité; lorsque le paroxysme touchait à sa fin, les pouces étaient toujours les derniers à se desserrer. On parvenait à rompre l'accès et à favoriser le retour de la respiration en couchant l'enfant sur la face antérieure du corps, et en frappant légèrement sur le dos.

Cependant la digestion s'altéra à son tour, la nutrition languit, il survint des vomissements et des selles toutes de matières blanchâtres et verdâtres; le trouble de la respiration augmenta et revint plus souvent: enfin, pendant les vingtième et vingt et unième semaines de son âge, l'enfant fut pris de paroxysmes de plus en plus intenses: une nuit, après que la soirée avait été entièrement libre, la respiration s'interrompit à plusieurs reprises, le même désordre se renouvela dans la matinée; et, dans un de ces accès qui revenaient brusquement, le petit malade expira, avec tous les symptômes de l'asphyxie, dans la vingt et unième semaine de son existence.

Autopsie cadavérique faite vingt-sept heures après la mort.

Bas-ventre, parties génitales et partie supérieure des cuisses remarquablement bleues.

Fontanelles larges, os du crâne très-mobiles.

Thymus très-volumineux, occupant toute la partie antérieure de la poitrine, formant avec la partie supérieure du thorax une adhérence qu'on ne put détruire qu'au moyen du scalpel; il touchait à la glande thyroïde avec laquelle il était uni par du tissu cellulaire épais. Le thymus recouvrait tout le cœur, et avait ainsi intercepté pendant la vie les battements de ce dernier organe; plus dense encore que volumineux, il pesait une once. Ses lobes étaient élevés et élargis; son parenchyme ne présentait ni traces de suppuration, ni tubercules, ni autre dégénérescence; en l'incisant et en pressant quelques portions entre les doigts on en fit sortir une humeur laiteuse abondante, analogue pour la consistance à la liqueur spermatique.

Langue grande et épaisse avançant entre les lèvres.

Larynx petit, glotte large et libre.

Trachée régulièrement conformée, contenant un peu de sérosité spumeuse.

Cœur flasque, assez régulier; trou ovale fermé.

Poumon droit rouge, gorgé de sang; du reste tout le parenchyme pulmonaire sain, sans tubercules, surnageant dans l'eau.

Substance cérébrale un peu ramollie, sans autre altération, sans épanchement ni suppuration.

Viscères abdominaux sains.

Dans l'histoire de ces trois observations, nous voyons comme symptômes et phénomènes constants :

1° Une suspension de la respiration revenant périodiquement, accompagnée d'un cri aigu et plaintif et de signes d'anxiété;

2° Le retour de ces accès asthmatiques, surtout dans le moment du réveil, ou lorsque les petits malades jetaient des cris ou faisaient des efforts pour la déglutition;

3° La position habituelle de la langue s'avançant entre les lèvres;

4° Enfin le développement anormal et excessif du thymus dans les deux cas d'autopsie.

Dans l'analogie des phénomènes observés dans ces trois cas, le docteur Kopp conclut à l'existence d'un genre particulier d'asthme, méconnu alors chez les enfants, et qu'il appelle asthme thymique. Quant à la cause présumable de cette affection il la place dans le trop grand développement du thymus et dans la pression exercée par cet organe sur les voies aériennes.

Le docteur Kopp professe que cette maladie se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'à présent ; il pense qu'elle a été souvent confondue avec l'asphyxie ou l'asthme de Millar. Chez beaucoup d'enfants, on observe souvent que, lorsqu'ils crient, la respiration s'arrête subitement et se suspend quelquefois assez longtemps pour produire une véritable suffocation. L'auteur croit que ce phénomène, qui persiste ordinairement jusqu'à l'âge de 4 ans, tient chez la plupart de ces jeunes sujets à une hypertrophie du thymus.

Obs. IV. —On trouve dans le *Rust's Magazin* (vol. XX, année 1825, cah. 1, p. 117

à 149), une observation écrite par le professeur Eck, sous le nom d'asthme de Millar, que M. Kopp rapporte au genre de maladie dont il est question ici : en effet, même marche, mêmes caractères, même apyrexie; des paroxysmes tantôt forts, tantôt faibles, avec des intervalles entièrement francs; même terminaison mortelle pendant un accès; enfin, pour résultat de l'autopsie cadavérique, les poumons entièrement refoulés par un thymus développé outre mesure.

OBS. V.—Le même journal (vol. XXI, 1826, cah. 3, p. 554, 556) rapporte une autre observation d'un thymus trop volumineux, recueillie par le docteur de Velsen de Clèves. Les symptômes et les résultats cadavériques sont en tout conformes à la description que nous en avons donnée.

Enfin M. Kopp rapporte encore cinq observations d'asthme thymique qui lui ont été communiquées par les docteurs Rullmann de Wisbade, Tritschler de Kannstadt et Ulrich de Coblentz.

Nous croyons devoir faire remarquer que la deuxième observation du docteur Tritschler et celle du docteur Ulrich ne nous paraissent point appartenir à notre sujet. Dans la première, l'enfant mourut soixante heures après la naissance, parce que la respiration ne put point s'établir librement, à cause du volume démesuré du thymus, il est vrai; mais la maladie n'eut pas le temps de se développer, et ne présenta point, par conséquent, les signes qui servent à la caractériser. Dans le second cas, la maladie se manifesta sur une fille parvenue déjà à l'âge de trois ans; elle consistait dans une altération cartilagineuse plutôt que dans une augmentation de volume de la glande, et ne mérite point le nom d'asthme thymique.

Dans les trois autres cas, ainsi que dans ceux recueillis par le docteur Kopp, la maladie s'est toujours rencontrée sur des enfants du sexe masculin, circonstance que nous aurons occasion de relever ailleurs. Disons encore que les sujets des deux observations du docteur Rullmann étaient nés d'une même mère.

OBS. VI. — La première de ces observations n'offre rien de remarquable : la maladie commença à se développer dans le courant de la troisième semaine; les accès suivirent la même marche et se caractérisèrent par les mêmes symptômes que dans les cas précédents. Au bout de vingt et un mois, après des alternatives d'amélioration et de recrudescence, l'enfant, étant un jour à jouer dans la chambre, voulut se baisser pour ramasser un objet qu'il venait de laisser tomber; il fut aussitôt pris de vertiges; et, jetant le corps en arrière, il tomba à la renverse entre les bras de son père; sa figure devint rouge, bleue, les extrémités se roidirent, une pâleur générale couvrit tout le corps, les selles et les urines s'écoulèrent involontairement; la respiration s'était arrêtée pour ne plus revenir; le petit malade était mort suffoqué.

Lors de l'autopsie, on trouva le thymus s'étendant depuis le bord supérieur du sternum jusqu'au diaphragme, recouvrant non-seulement la trachée-artère et le péricarde, mais encore toute la partie antérieure des poumons. D'une consistance un peu plus ferme que de coutume, d'une couleur d'un rouge pâle, d'une structure légèrement granulée, il ne présentait aucune autre altération, ni pus, ni inflammation, ni induration; il ne s'en écoula pas non plus d'humeur laiteuse comme dans les cas précédents; les poumons, petits, refoulés, gorgés de sang, étaient sains d'ailleurs.

La deuxième observation du docteur Rullmann est remarquable par le succès obtenu dans le traitement de cette maladie.

OBS. VII. — Les premiers symptômes de l'asthme se manifestèrent vers le troisième mois après la naissance; les accès, caractérisés comme de coutume, d'abord légers, ne se faisaient sentir dans le principe que tous les deux, quatre ou huit jours, et aux instants de réveil, et ne duraient que d'une à trois minutes. Vers le sixième mois, à l'époque de la dentition, ils augmentèrent de fréquence et d'intensité, s'adoucissant après la sortie d'une ou plusieurs dents, mais s'aggravant de nouveau bientôt après. On ne remarqua pas que dans ce cas la langue avançât entre les lèvres.

M. Rullmann, qui avait d'abord eu recours à une médication antispasmodique et dérivative, éclairé par le premier exemple sur la véritable cause de ces accès, institua le traitement suivant comme paraissant plus rationnel : il prescrivit les poudres de Plummer avec la ciguë, et fit poser un petit vésicatoire sur le sternum; il recommanda une diète assez sévère, l'inspiration d'un air frais, et fit éloigner tout ce qui provoquait les cris. Les complications gastriques ou catarrhales furent soigneusement combattues, et on chercha à éviter tout mouvement fébrile. Dans les huit premières semaines, les effets de ce traitement furent nuls ou imperceptibles; les symptômes s'aggravèrent même par moments à la suite d'un nouveau travail de dentition. Dans ce cas, le calomel à dose purgative rendait toujours un bon service. Deux mois après (septième mois de l'enfant), les accès étaient devenus moins forts aux époques mêmes de la dentition; peu à peu ils s'éloignèrent, laissant un intervalle de plus en plus long entre chaque retour. Il eut d'abord des semaines entières libres, puis des mois; enfin, au bout de la seconde année, la guérison parut parfaite. En effet, à l'âge de quatre ans, ce garçon a eu la coqueluche sans que les accès se

soient reproduits. Aujourd'hui qu'il a neuf ans, il se porte très-bien.

OBS. VIII. — Le premier malade du docteur Tritschler est un enfant du sexe masculin. A l'âge de sept mois, étant tranquillement couché sur le dos, il fut surpris d'un violent accès d'asthme. Quelques jours auparavant, on avait déjà remarqué un léger trouble dans sa respiration, surtout quand l'enfant était dans une position horizontale. L'accès se caractérisait de la manière suivante : l'enfant commençait par pousser quelques cris faibles et rauques, entrecoupés d'inspirations rapides et incomplètes; bientôt la respiration devenait plus gênée, plus inquiète, suffocante; le petit malade faisait des efforts avec tout son corps pour aspirer l'air ; ses mains et ses pieds étaient en mouvement, sans cependant être agités d'une manière convulsive ; la face, d'abord rouge, devenait bientôt pâle; le premier accès dura ainsi dix minutes sans que l'enfant perdît connaissance ; et, après le retour d'une respiration franche, il ne restait plus qu'un grand abattement. Ces accès se renouvelèrent dans la nuit suivante, et pendant six semaines consécutives, ne se manifestant jamais que quand l'enfant était couché, principalement sur le dos. Dans les intervalles, tous les organes fonctionnaient avec une entière liberté.

Regardant d'abord cette maladie comme un asthme nerveux, on eut recours aux antispasmodiques et aux dérivatifs; plus tard on administra le calomel et la digitale, sous l'influence desquels les accès commencèrent par devenir moins forts et moins longs, puis cessèrent entièrement après neuf jours de l'emploi de ces médicaments.

M. Tritschler avoue que l'idée que ce pouvait être là un asthme thymique ne lui est venue qu'après avoir eu connaissance des travaux du docteur Kopp; ce dernier considère, en effet, cette maladie comme telle; cependant nous devons dire que la description qu'en donne l'auteur n'est ni aussi exacte, ni aussi concluante que les précédentes ; puis nous avons peine à nous convaincre qu'une diminution notable du thymus ait pu se faire dans le court espace de temps de neuf jours. Toutefois on ne peut méconnaître les nombreux points de rapprochement qui existent entre cette observation et les premières.

Outre les faits d'observation pratique que nous venons de rapporter et qui méritent à un si haut degré de fixer l'attention, le mémoire de M. Kopp renferme encore une revue analytique faite avec soin et exactitude de tous les ouvrages qui ont paru sur les affections et dégénérescences organiques du thymus.

Après Kopp viennent Caspari et Pagenstecher (1) qui ne regardent point l'hypertrophie du thymus comme la cause de l'asthme ; Conradi (2) Schneider (3) Brück (4) Pitschaft (5) Wanderlich (6) Brunn (7) Kornmaul (8) Haugsted (9) Becker (10) et enfin le docteur Hisrch de Kœnigsberg, dont nous avons maintenant à analyser l'excellent travail (11).

Cinq observations enrichissent cet opuscule.

OBS. IX. — A la première observation que l'auteur eut occasion de faire avant d'avoir eu connaissance des recherches de Kopp, le véritable caractère de la maladie lui échappa. C'était sur une petite fille d'une constitution assez forte, et bien nourrie. Sa mère s'aperçut que, vers le cinquième mois, l'enfant retenait souvent d'une manière toute particulière son haleine au moment du réveil, et qu'elle s'agitait comme une personne inquiète et privée d'air ; cet accès ne durait qu'un instant, et de suite après la gaieté et le repos reparaissaient. Comme cette petite fille se portait bien d'ailleurs, on mit le léger trouble de la respiration sur le compte d'une habitude vicieuse ou d'une faiblesse des organes respiratoires; mais, à l'âge de dix mois, cette enfant ayant été atteinte de coqueluche de même que ses autres frères et sœurs, fut prise un jour (avril 1830) d'un léger accès de toux qui la réveilla. Sa mère accourut aussitôt près de son lit, et la trouva morte, sans qu'il y eût de convulsions, et sans agonie; cette mort subite, et due à une cause en apparence si légère, surprit beaucoup M. Hirsch, qui ne put se l'expliquer que plus tard. L'autopsie n'eut pas lieu.

Les sujets des quatre autres observations étaient des enfants du sexe masculin.

OBS. X et XI. — Ces enfants avaient de cinq à dix mois. Les deux premiers succombèrent, l'un après huit mois et l'autre après trois mois de maladie, tous deux avec des symptômes d'asphyxie. La forme et la marche des accès ne laissèrent de doute chez aucun sur la nature de l'affection; chez le second elle prit un caractère très-grave, et se compliqua de phénomènes épileptiformes.

Le thymus du premier de ces petits malades occupait tout le médiastin antérieur, et se composait de plusieurs petits et de deux grands

(1) Heidelberger klinische annalen, VII, 2.

(2) Gottinger gelehrte andeigen, 1822, n° 32.

(3) Medicinisches conservationsblatt von Hohnbaum û Jahn, 1830, n° 46.

(4) *Ibid.*, 1832, n° 22.

(5) *Ibid.*, 1831, n° 28.

(6) Correspondenzblatt del wurtembergischen verein's 1832, n° 7.

(7) Casper's wochenschrift, 1833, n° 49.

(8) Inaugural abhandlung uberdas asthma thymicumzweibruncken, 1834. (Hecker neue Annalen, t. I).

(9) Thymi in homine et per seriem animalium descriptio anatomica pathologica et physiologica (Halniæ, 1832).

(10) De glandulis thoracis lymphaticis, atque thymo specimen pathologicum (Berolini, 1825).

(11) Journal de Hufeland et Osann, juillet 1835.

lobes, un gauche, plus large, et un droit, plus épais. Du milieu de la glande s'élevait un appendice qui entourait étroitement la veine jugulaire commune ; le parenchyme glandulaire était assez ferme, son poids de neuf gros et demi ; le poumon droit comprimé ; ses organes, du reste, sains ; ventricule droit du cœur flasque et flétri ; ventricule gauche, au contraire, ferme et solide.

Le thymus du second enfant n'était ni aussi épais, ni d'une texture aussi serrée ; il s'étendait depuis la glande thyroïde jusqu'au delà du péricarde, qu'il recouvrait, et il avait contracté de fortes adhérences avec les artères innominée et carotide droite. Son poids était de six gros et six grains. Poumons sains, infiltrés de sang seulement à leur partie postérieure ; ventricule droit gorgé de sang. Le cerveau ne fut pas examiné.

Dans les deux cas suivants, la maladie eut une terminaison favorable.

OBS. XII. — C. N., sevré à neuf mois, eut bientôt après, à la suite d'une bronchite, des accès de dyspnée qui augmentèrent bientôt d'une manière alarmante ; ils revenaient presque toutes les heures, et régulièrement, lorsque l'enfant s'éveillait ou était contrarié ; ils étaient annoncés par un petit cri aigu ou une suite de petites expirations brèves, faibles, chevrotantes ; venaient ensuite sept ou huit inspirations fortes, sibilantes, semblables à celles qui s'observent dans le croup. L'enfant jetait le corps en arrière et devenait pâle ; le paroxysme durait d'une demi à une minute, puis le petit malade restait encore quelques instants tranquille et abattu, et enfin il reprenait son humeur habituelle.

M. Hirsch fit appliquer des sangsues et un vésicatoire, donner un purgatif composé de calomel et de rhubarbe, qui fut vomi. Plus tard, de l'eau de laurier-cerise, à la dose de trois gouttes, trois fois par jour, en augmentant tous les deux jours d'une goutte ; le musc à la dose d'un seizième de grain, également trois fois par jour ; tous les matins, une petite quantité de teinture aqueuse de rhubarbe ; enfin le séjour au milieu d'un air pur et tempéré produisirent une telle amélioration, qu'au bout de trois semaines les accès revenaient à peine une fois dans les vingt-quatre heures, et à un degré très-faible. Le mois suivant, le travail de la dentition ayant menacé de provoquer de nouveau le retour de ces fréquents paroxysmes, on parvint à éloigner le danger au moyen de sangsues, de purgatifs, et de frictions avec le tartre stibié. Depuis lors l'enfant s'est toujours bien porté.

OBS. XIII. — R. de M., dont le frère fait le sujet de la deuxième des observations de M. Hirsch et avait succombé deux ans auparavant, commença, à l'âge de dix mois, après avoir été sevré, à retenir son haleine trois ou quatre ois par jour, lorsqu'il jouait ou pleurait, jamais en s'éveillant.

Au bout de trois semaines, il survint un accès complet plus intense que les précédents, qui ne permit plus de douter de l'existence d'un asthme thymique. L'enfant qui, quelques instants auparavant, s'amusait à jouer, tomba tout à coup à la renverse, la face livide, l'écume à la bouche, les poings serrés, les membres convulsivement agités, et hors d'haleine, quesques minutes après, tout était rentré dans l'ordre ; le petit malade, encore très-abattu, s'endormit, puis se réveilla disposé comme de coutume. On eut de suite recours aux sangsues appliquées sur le sternum, à un emplâtre de tartre stibié et au calomel uni à la rhubarbe : on continua ce traitement pendant quatre semaines, après lesquelles les spasmes diminuèrent, et la suspension de la respiration, qui revenait avec l'accès plusieurs fois par jour, ne se montra plus qu'une ou deux fois, puis cessa entièrement. Un mois plus tard, la santé était entièrement rétablie.

Après l'histoire des faits et observations particulières, traçons maintenant le tableau général de la maladie.

L'asthme thymique ou asthme de Kopp attaque les enfants depuis l'âge de trois semaines jusqu'à dix-huit mois, mais plus particulièrement entre quatre et dix mois ; il se caractérise par des spasmes de poitrine et des angoisses qui reviennent par accès ; l'haleine manque tout à coup, et l'on n'observe qu'une inspiration incomplète, très-courte, aiguë et sifflante ; l'air a de la peine à passer à travers la glotte, qui est resserrée. Le son qui accompagne ces inspirations a de l'analogie avec l'inspiration sonore de la coqueluche, mais il est plus fin, plus aigu, plus élevé ; le spasme du cou a la plus grande ressemblance avec le cri des femmes hystériques ou atteintes de maladie du cœur. Chez quelques enfants, mais rarement, il se fait cinq à six inspirations d'abord sifflantes, puis plus profondes et pénibles, alternant avec une expiration à peine sensible, dont le bruit a du rapport avec le son du croup développé à un haut degré. Dans les accès violents, la respiration se suspend complétement. Le cri aigu entendu dans l'inspiration s'observe, soit au commencement du paroxysme, où il est bientôt étouffé par la suspension de la respiration, soit vers la fin, quand le petit malade commence de nouveau à reprendre haleine. Ce cri est un signe constant et pathognomonique de la maladie. Les autres phénomènes qui surviennent pendant le paroxysme sont les effets naturels du défaut de respiration : l'enfant fléchit violemment le tronc en arrière, ou, quand l'accès est intense, tombe à la renverse ; sa physionomie exprime une anxiété douloureuse ; face d'abord bleue, puis pâle ; narines béantes, yeux fixes, mains

froides, pouces serrés, parfois excrétions involontaires; l'accès dure une demi, une, parfois deux à trois minutes, puis le malade pleure encore quelque temps, souffre et est mal à son aise; mais bientôt après il reprend son humeur habituelle. Les enfants d'une constitution délicate, ou après des accès violents, restent plus longtemps pâles, abattus et disposés au sommeil. Dans les intervalles, ils paraissent jouir d'une santé parfaite, et ne sauraient se distinguer des enfants entièrement bien portants. Kopp prétend, à la vérité, que, dans les intermissions, les battements du cœur ne sont pas distinctement perçus, et que la langue est toujours un peu poussée entre les dents; mais cette dernière circonstance manque dans beaucoup de cas, et les battements du cœur s'entendent très-souvent avec difficulté chez les enfants sains. Les accès de suffocation naissent surtout quand le petit malade se réveille, crie ou se fâche, lorsqu'il veut avaler avec avidité, et en général, dans tous les mouvements où les organes de la respiration sont plus particulièrement intéressés. D'abord rares, à des intervalles de huit jours et plus, devenant peu à peu plus fréquents et plus faciles à provoquer, ils apparaissent jusqu'à dix et vingt fois dans une journée. Il n'est pas rare que la mort ait lieu dans cette dernière période, au milieu d'un accès qui prend subitement l'enfant occupé un instant auparavant à rire et à jouer. Mais le plus souvent la maladie passe à une deuxième période, caractérisée par des convulsions générales épileptiformes; les attaques épileptiques et asthmatiques ne coïncident pas toujours, mais alternent le plus souvent ensemble.

Caspari a observé qu'à cette époque les muscles lombricaux de la main et les adducteurs des pouces sont convulsivement contractés, même pendant les intermissions. La mort, dans ce stade de la maladie, arrive ordinairement dans un accès de suffocation apoplectique; souvent aussi elle a lieu subitement, d'une manière pour ainsi dire foudroyante, sans aucun symptôme précurseur.

Lors de l'autopsie cadavérique, les premiers signes qui vous frappent sont ceux de l'asphyxie. Coloration livide de la peau, stase sanguine dans le cerveau et les poumons; souvent flaccidité du cœur; parfois le trou ovale non encore fermé; mais le phénomène le plus constant et le plus remarquable est l'hypertrophie du thymus. Le développement excessif de cette glande a lieu en longueur et en largeur, le plus souvent en épaisseur. Quand le thymus est très-épaissi, les poumons sont comprimés et refoulés; ces organes contractent dans quelques cas des adhérences avec les gros troncs artériels et veineux de la poitrine et du cou, qu'ils entourent parfois entièrement. Le tissu glandulaire est tout à fait normal, ou, ce qui est plus souvent le cas, un peu plus dense, plus rouge, plus charnu, mais sans trace ni d'inflammation, ni d'induration, ni tuberculisation, ni d'autre dégénérescence; souvent il s'en écoule une humeur laiteuse quand on l'incise. Quant à son poids, le docteur Kornmaul parle d'un thymus de quatorze gros; F. Plater, d'un d'une demi-once; le docteur Hirsch d'une glande de neuf gros et demi, le docteur Van Yelsen d'une once. Le poids, en général, varie de six à sept gros.

Le docteur Hirsch ne considère avec raison comme un asthme thymique véritable que celui qui dépend d'une simple hypertrophie de cette glande, élaguant, comme étrangers à cette maladie, les cas où le thymus, chez l'enfant qui vient de naître, empêche par son volume le libre développement de la respiration et occasionne dès les premiers jours des accès de suffocation promptement mortels, et ceux où la glande thymique présente une dégénérescence tuberculeuse, squirrheuse, lardacée, ulcérée, etc.

Ces sortes d'altérations ont une tout autre valeur pathologique, et n'appartiennent pas, comme la simple hypertrophie, exclusivement à l'enfance.

Ainsi limité, l'asthme thymique constitue une maladie propre au jeune âge, qui a ses symptômes, sa marche, son étiologie et son mode de traitement particuliers.

La durée de cette affection varie de trois semaines à vingt mois; parfois il se passe plusieurs mois sans spasmes, jusqu'à ce que, provoqués par une maladie intercurrente, les accidents se réveillent. Lorsque la maladie est encore à sa première période, la guérison est possible; alors les accès diminuent peu à peu, et souvent dans un espace de temps très-court, d'une à trois semaines. Le malade du docteur Rullman (septième observation) ne se rétablit qu'au bout de deux ans.

Parmi les causes prédisposantes de l'asthme thymique, on range l'habitus scrofuleux, une faiblesse de constitution, une affection des poumons, telle que la phthisie, ou de l'utérus de la part de la mère; plus, ainsi que nous l'avons vu, une certaine disposition de famille et le sexe masculin. Toutes les maladies du système bronchique favorisent le développement de cette maladie; le travail de la dentition et certaines affections du bas-ventre, surtout des glandes mésentériques, sont encore autant de causes déterminantes, ou s'observent comme épiphénomènes.

L'asthme thymique ne paraît pas avoir été entièrement inconnu aux médecins qui nous ont précédés; ainsi le docteur Marsh rapporte une série d'observations d'une maladie (1) qu'il décrit sous le nom de spasme de la glotte, et

(1) Dublin hospital reports and communications.

qui est évidemment la même que l'asthme de Kopp; mais le médecin anglais ne paraît avoir fait aucune autopsie, et ne rapporte pas la maladie au thymus.

Alex. Hood (1) trouva chez sept enfants et deux adultes, morts asthmatiques, un thymus anormal.

Richa (2), Verdries (3) et Hert (4), qui écrivaient il y a un siècle, reconnaissent déjà l'hypertrophie du thymus comme une cause d'asthme chez les enfants.

Enfin P. Franck (5) dit que, dans l'asthme puéril, les glandes bronchiques, et surtout le thymus, ont été trouvés tuméfiés d'une manière remarquable.

Cependant au docteur Kopp appartient la gloire d'avoir fixé d'une manière certaine l'histoire et le diagnostic de cette maladie, et d'en avoir publié le premier traité *exprofesso*.

L'asthme de Kopp se distingue de l'asthme de Millar par le plus grand nombre et la plus courte durée des accès, ainsi que par une marche plus chronique.

Dans l'hydrencéphale chronique, les enfants se réveillent souvent en sursaut, retiennent l'haleine, et tombent dans un état analogue aux accès d'asthme thymique; les mêmes accidents se reproduisent quand ils crient, toussent ou se remuent. Dans ce cas, on reconnaîtra facilement la première de ces maladies par les symptômes tranchés qui lui sont propres. Néanmoins il paraît exister entre ces deux affections une certaine corrélation; aussi M. Hirsch recommande d'examiner chaque fois le thymus chez les enfants morts d'hydrencéphole aiguë.

Mais il est un état avec lequel l'asthme thymique pourrait facilement être confondu. Il arrive, en effet, assez souvent que chez des enfants gâtés et irritables, lorsqu'ils jettent des cris ou dans un moment de dépit, la respiration s'arrête, et il survient la plupart des phénomènes observés dans les accès d'asthme. Les uns et les autres ont, en effet, beaucoup d'analogie pour la forme, mais ils se distinguent en ce que l'habitude que prennent certains enfants de retenir l'haleine, quand on les irrite, ne s'observe que dans ces moments, et jamais aux instants du réveil ni dans les mouvements de la déglutition, comme cela arrive pour les accès asthmatiques véritables.

Après ces considérations, le docteur Hirsch définit l'asthme de Kopp une maladie propre à l'enfance, caractérisée par un spasme tonique des poumons, du larynx et de la glotte, revenant par accès, s'étendant plus tard au système nerveux cérébro-spinal sous la forme de convulsions épileptiques, et produisant la mort par suffocation, par apoplexie ou par asphyxie. La cause de cette maladie consiste dans un thymus hypertrophié, mais nullement altéré dans sa substance, qui, par son poids et son volume, presse sur le cœur, les poumons, les gros tubes artériels et veineux, et empêche le libre jeu de leurs fonctions.

Le pronostic de cette maladie est toujours très-fâcheux. Cependant, quand le sujet est d'une constitution robuste et peu disposé aux affections catarrhales, quand le cas est récent, les paroxysmes faibles et éloignés, et qu'il ne s'y est pas encore joint des convulsions épileptiformes, on peut encore conserver de l'espoir.

Les indications sont de plusieurs sortes :

1° Pendant l'accès. La seule chose à faire, c'est de mettre l'enfant debout ou même d'incliner un peu son corps en devant, de lui frapper légèrement sur le dos et de lui jeter un peu d'eau froide à la figure. Tout autre secours serait inutile.

2° Modérer la violence des spasmes. A cet effet, l'eau de laurier-cerise à doses petites et graduées, le musc, l'assa-fœtida, le zinc, et, d'après Pagenstecher, surtout le cyanure de zinc, peuvent être employés avec succès.

3° Éviter les congestions vers le cœur et les poumons, et empêcher toute activité exaltée de ces organes. Une diète sévère, des saignées locales abondantes et souvent répétées, des exutoires sur la poitrine, des purgatifs fréquents et énergiques, et ici encore l'eau de laurier-cerise, rempliront tout le but que l'on veut atteindre.

La méthode évacuante et antiphlogistique sera de préférence employée chez les enfants forts et robustes; chez ceux d'une constitution plus délicate, on devra avoir plutôt recours à la méthode antispasmodique; mais on obtiendra encore de meilleurs effets en les combinant toutes deux suivant l'existence des cas.

4° Combattre directement la cause de la maladie. Déjà par les moyens antiphlogistiques, évacuants et dérivatifs, on parvient à arrêter parfois le développement du thymus. On a dans ce même but, et dans la vue de faire diminuer même le volume de cette glande, proposé différents remèdes, tels que les mercuriaux, les antimoniaux, la ciguë, la digitale, le charbon animal et l'iode. Ces moyens réussissent quelquefois; mais ils sont loin d'avoir une efficacité constante; cependant en les unissant à d'autres agents, et surtout en faisant observer aux petits malades un régime convenable, on parviendra quelquefois à guérir une affection qui se présente toujours avec des caractères très-alarmants, et dont l'extrême gravité mérite d'attirer l'attention de tous les médecins praticiens.

(1) Edinbourgh journal of médical science.
(2) Constitutiones epidemicæ taurinensens. 1728, t. 3, n° 107.
(3) Dissertatio de asthmate puerorum. 1725.
(4) *Ibid.* S. Goettinger gelehrte Ang., 1832.
(5) Epitom 6, 2, p. 175.

LIVRE CINQUIÈME.

MALADIES DES ORGANES DE LA VIE DE RELATION.

Nous avons étudié jusqu'ici les maladies des appareils de la vie de nutrition ; nous allons nous occuper, dans ce livre, des maladies des appareils de la vie de relation. Nous commencerons par les maladies des centres nerveux, puis nous étudierons celles des cordons nerveux, pour arriver aux altérations dont le système nerveux ganglionnaire peut être le siége.

L'étude des maladies du système nerveux est hérissée de difficultés. Les faits qui doivent servir de matériaux à leur histoire sont disséminés dans les livres et dans les recueils périodiques ; personne ne les a encore rassemblés, et il n'existe pas d'ouvrage qui ait embrassé dans leur ensemble les maladies nombreuses et complexes dont le système nerveux peut être atteint. A cette première difficulté, se joint celle qui provient de la divergence d'opinions que chaque observateur déduit des faits qu'il étudie. Nous allons voir, en nous livrant avec soin à cette laborieuse étude, que la science, sur ce point, est dans un état complétement provisoire, et qu'elle est bien moins avancée que pour les maladies dont nous avons déjà fait l'histoire.

Quelques considérations préliminaires mettront en évidence ce que nous venons d'avancer.

Toute maladie offre à considérer, comme éléments nécessaires de son étude, les causes, les symptômes, les lésions anatomiques dont les symptômes ne sont souvent que le résultat, enfin le traitement. Dans les maladies nerveuses, il existe des circonstances qui rendent l'étude de ces divers éléments beaucoup plus difficile que dans les autres maladies.

Ainsi, pour les causes, ici comme dans les autres maladies, on doit les rechercher 1° dans les circonstances extérieures ; 2° dans l'action réciproque des organes les uns sur les autres; 3° dans le mode d'accomplissement et la nature des fonctions de l'organe malade.

Eh bien, pour le premier ordre de causes, il est incontestable que le système nerveux n'est pas influencé d'une manière fort notable par les agents extérieurs. Quelle différence, sous ce rapport, entre le système respiratoire et l'appareil digestif !

Il n'en est pas de même du second ordre de causes qui agit d'une manière puissante dans la production des maladies du système nerveux. Le plus léger trouble dans le mode d'action d'un organe réagit sur les nerfs ; il n'existe pas de maladie dans laquelle ils ne jouent un rôle, quelquefois secondaire, à la vérité, mais souvent aussi assez important pour que les accidents nerveux doivent être mis en première ligne.

Quant au troisième ordre de causes, s'il est vrai qu'une source de maladie existe pour tout organe dans la nature et le mode d'action de ses fonctions, combien doivent être puissantes dans la production de ses maladies les fonctions du système nerveux ! C'est à lui qu'appartiennent en effet les phénomènes importants des actes intellectuels et moraux, et qui ne sait que c'est là une cause particulière de perturbations nombreuses ? Mais ici quelle différence dans l'aspect des mêmes maladies! Les phénomènes intellectuels et moraux ne s'accomplissent pas, évidemment, de la même manière chez tous les individus ; ils varient suivant les diverses positions sociales, selon les époques, selon les professions, suivant les idées philosophiques ou religieuses dominantes, etc. Comment s'étonner, après cela, de la différence d'aspect que présentent ces maladies ? le médecin qui pratique en ville et dans un hôpital a lieu tous les jours d'être témoin de cette différence. Il est incontestable aussi que certaines maladies nerveuses qui se développaient sous l'influence de fortes croyances religieuses qui dominaient dans le moyen âge, que les danses de Saint-Guy épidémiques, les extases, etc., ne se rencontrent pas de nos jours, où règnent des idées d'un autre genre, qui produisent à leur tour d'autres maladies qu'on n'avait point alors.

L'étude des symptômes ne présente pas des difficultés moins sérieuses. Dans les maladies de la poitrine et de l'abdomen, par exemple, l'application des sens à l'étude des symptômes est d'un immense secours, de là le degré de précision que l'on obtient dans le diagnostic de ces maladies. Rien de semblable dans les maladies nerveuses ; nos moyens d'investigation sont insuffisants et bornés, et, le plus souvent, on ne peut arriver à la connaissance des maladies du système nerveux que par induction.

Un écueil redoutable à éviter est celui que des théories prématurées sont venues jeter à travers l'étude des maladies nerveuses. Suivant la théorie la plus récente, toutes les af-

fections nerveuses peuvent être rapportées à une augmentation ou à une diminution de l'excitabilité. Évidemment cette théorie est inadmissible, et dans l'étude à laquelle nous allons nous livrer nous verrons fréquemment qu'il y a autre chose que cette dichotomie.

Des altérations de nature très-diverse peuvent produire des désordres fonctionnels semblables; vous observerez quelquefois les mêmes symptômes sur deux individus, dont l'un aura le cerveau congestionné, et dont le cerveau de l'autre sera anémié.

Par contre, des symptômes différents pourront traduire des lésions identiques dans leur nature, et cela pourra dépendre du siége de la lésion, de sa formation lente ou rapide et de son étendue.

Il est très-rationnel, assurément, de considérer le cerveau comme un organe multiple composé par l'agrégation d'organes ayant des fonctions diverses; mais, hâtons-nous de le dire, les localisations qu'on a voulu faire sont prématurées. Sur quelles bases inébranlables a-t-on établi le siége précis de l'intelligence, de la parole, du mouvement, du sentiment, etc.? Ce sont là d'immenses questions d'avenir, et tout en admettant la diversité d'organes, il faut bien se garder d'oublier qu'il existe un lien, un accord qui forment l'unité du principe vital.

Voilà, certes, de grandes et sérieuses difficultés qu'il serait possible cependant de soumettre à des lois; mais celle qui provient de la disposition particulière à chaque individu, de cette inconnue qu'on ne peut éliminer et qu'il faut admettre, sous peine de rejeter un fait, de *l'idiosyncrasie,* en un mot, en vertu de laquelle une même action produit chez deux individus des phénomènes si différents; cette idiosyncrasie qui joue un rôle si important dans les maladies nerveuses, comment la prévoir, comment la régulariser?

Ce n'est pas tout: le retentissement sympathique devient, dans les maladies nerveuses, une source de difficultés énormes. Il arrive souvent qu'on ne sait si les symptômes qu'on observe prennent leur point de départ dans le système nerveux ou dans un autre organe. Voyez ce qui arrive dans cette maladie, désignée sous le nom de fièvre cérébrale des enfants.

D'ailleurs les symptômes des maladies nerveuses offrent des différences très-remarquables, suivant les âges, de sorte qu'il peut arriver que deux bons observateurs placés, l'un, dans un hôpital d'adultes et de vieillards, l'autre, dans un hôpital d'enfants, fassent des monographies entièrement dissemblables, quoique leurs observations aient été parfaitement recueillies. Cela ne peut provenir que de la différence d'âge des individus qu'ils observaient.

Telles sont les difficultés que présente l'étude des causes des maladies du système nerveux.

L'étude des lésions anatomiques est-elle plus avancée? Incontestablement depuis quelques années les recherches d'anatomie pathologique ont fait découvrir des altérations des centres nerveux qui étaient inconnues à nos devanciers. Ainsi le ramollissement du cerveau, entrevu par Morgagni, est aujourd'hui un point d'anatomie pathologique bien connu grâce aux beaux travaux de MM. Lallemand et Rostan. Mais que le nombre d'altérations connues est petit à côté de celui des lésions qu'on ignore! Les cas où, après la mort, on trouve quelque chose d'appréciable pour le scalpel sont les plus communs pour les autres organes; pour le système nerveux, c'est tout l'opposé: les cas où on rencontre des lésions sont de beaucoup les plus rares. Cette assertion paraîtra paradoxale à ceux qui ne connaissent des lésions nerveuses que les trois ou quatre maladies qu'on observe dans les hôpitaux; mais les affections nerveuses se comptent par centaines, et pour ne parler que de ces grandes perturbations qui portent sur le mouvement, sur la sensibilité, sur l'intelligence, où est la lésion dans ces cas? La plupart du temps on n'en trouve aucune, ou celles qu'on observe n'ont aucun rapport avec les désordres fonctionnels. Peut-on dire qu'il n'en existe pas? Ce serait aller trop loin; tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'on ne les voit pas, et que cependant, puisqu'il y a lésion d'action, il est probable qu'il y a lésion d'organe. L'anatomie pathologique n'est pas en effet une science définitivement arrêtée; le progrès est dans l'avenir; attendons avec espérance.

Et d'ailleurs toutes les recherches ne peuvent pas se faire avec le scalpel. Il est infiniment probable qu'un grand nombre de troubles variés peuvent prendre leur point de départ dans la différence des proportions des éléments chimiques qui entrent dans la composition du système nerveux. Ainsi, dans ces derniers temps, on a trouvé qu'il y avait diminution de l'élément aqueux et augmentation de l'albumineux de l'enfance à la vieillesse. La proportion de phosphore varie aussi suivant les âges; cet élément est à son maximum de quantité chez les adultes. Qui peut dire qu'à une différence dans la prédominance de tel ou tel élément ne soient pas liées un grand nombre d'altérations fonctionnelles? Voilà encore des questions d'avenir, et dont la solution devra jeter un grand jour sur cette partie de la pathologie.

Nous venons de voir de combien de difficultés est entourée l'étude des causes, des symptômes et des caractères anatomiques des maladies nerveuses; le traitement n'en présente pas de moins grandes.

Quand sur des organes autres que les centres nerveux on observe des signes d'excitation et d'irritation, on conclut nécessairement à l'existence de la phlogose de ces organes et on emploie les antiphlogistiques. Il en est autrement pour le système nerveux dans beaucoup de cas. Ainsi, vous observez des symptômes de stimulation ; vous saignez : les symptômes s'aggravent à mesure que vous débilitez le malade ; et remarquez bien qu'il peut se faire qu'avec les maladies qu'exaspèrent les émissions sanguines coïncident d'autres maladies qui les exigeraient, telles que l'inflammation du poumon, de l'intestin, du péritoine même ; mais si vous les employez dans des cas semblables, l'état du cerveau deviendra plus grave que ces maladies. Remarquons encore que certains états du cerveau qui s'exaspèrent par la saignée sont quelquefois produits par des pertes de sang très-abondantes, et qu'ils disparaissent très-bien sous l'influence des ferrugineux et des antispasmodiques.

Ce n'est pas toujours par les moyens médicamenteux qu'on agit sur le système nerveux ; il en est d'autres qui agissent spécialement sur l'imagination et qui ne sont pas moins efficaces. Ainsi dans ces maladies produites de toutes pièces sous l'influence d'une émotion morale vive, d'une croyance énergique, on a vu des moyens analogues à ceux qui les ont produites amener leur guérison ou une amélioration notable. N'est-il pas vrai qu'une foi vive au baquet mystérieux de Mesmer, qu'une croyance aveugle aux tours de passe-passe du magnétisme animal, qu'une confiance robuste dans les infinitésimales fractions de l'homœopathie, ont produit un tel effet sur l'imagination, que certaines maladies ont été favorablement modifiées ?

La pathologie du système nerveux s'éclaire à la fois des travaux de l'anatomie et de la physiologie, et c'est avec raison qu'on a dit qu'à mesure que les sciences ont marché elles se sont toujours rencontrées à une certaine hauteur. Ainsi des dissections fines et minutieuses éclaireront sans aucun doute bien des points encore obscurs. Il est, par exemple, quelques maladies du cervelet qui produisent la cécité chez les enfants ; comment se rendre compte de ce fait, si ce n'est par la dissection qui démontre que la deuxième paire prend ses racines dans les tubercules quadrijumeaux qui sont en connexion avec le cervelet par le *processus cerebelli ad testes ?*

Dans certains cas, on a vu le mouvement continuer dans les membres inférieurs, bien que la moelle épinière fût presque complétement interrompue et que la communication des deux bouts ne se fît qu'à l'aide d'un petit lambeau très-ténu, où même qu'il n'y eût qu'un peu de liquide interposé. Il a été naturel de se demander alors comment les fonctions n'avaient pas été totalement suspendues? L'anatomie comparée s'est chargée de répondre, en démontrant que dans les cas où la moelle n'est plus un organe de sentiment, elle n'a qu'un très-petit volume. Elle a, de plus, démontré que chez certains poissons où les nerfs sont séparés de la moelle par un liquide, ces cordons sont cependant aptes à transmettre le mouvement.

A ces résultats fournis par l'anatomie, la physiologie expérimentale a joint les siens et a rendu d'immenses services à la pathologie. C'est ainsi que certaines paralysies du mouvement à la face, le sentiment restant intact, et *vice versâ*, ne sont bien expliquées que depuis que les magnifiques travaux de C. Bell et de M. Magendie ont mis hors de doute que les lésions des cordons postérieurs de la moelle donnent lieux aux lésions de sentiment, et celle des cordons antérieurs à des troubles du mouvement. Il vous arrivera de rencontrer des individus qui perdent tous leurs sens, la vue, l'ouïe, l'odorat, sans que vous puissiez soupçonner aucune altération dans les nerfs optiques, acoustiques, olfactifs. Naguère encore on plaçait ces faits au nombre de ceux où l'anatomie pathologique est impuissante ; dans ces derniers temps cependant, on a prouvé que la cinquième paire était, chez l'homme, nécessaire à l'accomplissement de la vue, de l'odorat et de l'ouïe, et l'anatomie comparée a démontré que, dans certaines espèces, la cinquième paire était le nerf principal de ces fonctions. Guidé par ces données, on a cherché si dans ces cas d'altération des sens, il n'y avait pas quelque lésion de la cinquième paire, et quelquefois on n'en a trouvé que là.

Ainsi donc, l'anatomie et la physiologie sont pour la pathologie une source féconde de lumières ; à son tour la pathologie peut éclairer une foule de points dans ces sciences.

Fidèle à la marche que nous avons suivie dans les maladies des autres appareils, nous établirons dans les maladies nerveuses cinq grandes classes d'altérations :

1° Lésions de circulation ;
2° — des sécrétions ;
3° — de nutrition ;
4° — d'innervation ;
5° Productions morbides.

Nous étudierons tous les faits, ceux qui sont démontrés comme ceux qui ne le sont pas, mais qui sont vraisemblables. Nous ne rejetterons pas même de prime abord ceux qui sont réputés faux et inexacts, car ils peuvent être réhabilités plus tard lorsque les théories qui les excluent auront été détrônées.

Nous ne négligerons pas l'étude des théories, car toutes mobiles et passagères qu'elles

soient, les théories formulent les faits et sont intéressantes à cause de cela.

Nous nous garderons bien de rejeter toute hypothèse, car ce qui était hypothétique hier est démontré aujourd'hui, et l'hypothèse d'aujourd'hui peut avoir la vérité pour l'avenir.

Il est certaines questions que nous nous contenterons de poser ; nous prendrons le milieu entre un scepticisme exagéré qui tue tout, et une tendance trop grande à tout croire ; le doute dans lequel nous nous tiendrons n'est pas le scepticisme, il est nécessaire à la science et à ceux qui la cultivent.

—

PREMIÈRE PARTIE.

MALADIES DES CENTRES NERVEUX.

Ire CLASSE. — LÉSIONS DE CIRCULATION.

A. DE L'HYPÉRÉMIE OU CONGESTION DES CENTRES NERVEUX.

C'est une maladie commune et qui se présente sous des formes variées. Elle peut être générale ou partielle. Quand elle est partielle, elle peut être bornée aux lobes cérébraux, à un seul hémisphère, à une fraction d'hémisphère. Elle peut siéger dans la substance grise ou dans la substance blanche, être profonde ou périphérique ; elle peut envahir le cervelet seulement, en tout ou en partie ; enfin, la moelle épinière dans toute son étendue ou dans quelques points seulement, peut en être le siége.

Caractères anatomiques. Le caractère le plus tranché de la congestion est un certain degré de coloration rouge ; mais pour bien apprécier cette lésion anatomique, il est très-important de connaître les diverses colorations normales que présentent les centres nerveux.

Dans l'état normal, la substance grise contient plus de vaisseaux que la substance blanche, et se trouve par conséquent plus notablement injectée ; le fond des anfractuosités est aussi plus injecté que le sommet des circonvolutions. Il importe, dans les recherches d'anatomie pathologique, de tenir compte de cette disposition normale.

Dans le cerveau, on observe trois couches diversement colorées ; une superficielle, foncée et grisâtre ; une moyenne, d'un blanc sale, et une profonde, de couleur plombée. La moyenne est la moins foncée ; la superficielle est celle qui l'est le plus. Les *corps striés* sont plus foncés à la surface qu'au centre, cependant on trouve dans leur centre quelques points rosés. Les *couches optiques* sont plus foncées au centre qu'à la surface, et leur couleur varie d'ailleurs suivant les âges : rosée dans l'adolescence, plus blanche dans l'âge adulte ; elle est jaunâtre dans la vieillesse.

Le *cervelet* est normalement plus injecté que le cerveau, et les vaisseaux les plus gros sont autour du *corps rhomboïdal.*

Les *tubercules quadrijumeaux* sont grisâtres au centre et blancs à la surface.

La *moelle épinière* est blanchâtre à la circonférence et grisâtre au centre : celui-ci est naturellement un peu rougeâtre.

La substance grise est, en général, d'autant plus injectée normalement que les sujets sont plus jeunes, que les malades succombent à une affection aiguë, qu'ils meurent avec une gêne de la circulation ou de la respiration, que l'autopsie est faite plus près du moment de la mort, que le cerveau a été exposé à l'air, que la tête a été placée dans une position déclive, et sans doute c'est à cette dernière cause qu'est due la coloration plus foncée du cervelet.

Dans l'hypérémie des centres nerveux, on trouve dans les parties congestionnées une couleur rougeâtre, cette rougeur est pointillée ou sablée dans la substance blanche, uniforme dans la substance grise. Cette couleur rouge peut varier d'une nuance claire à une plus foncée.

Quand la congestion a duré un certain temps, la couleur peut être jaune ou ardoisée, selon que la maladie a été plus ou moins longue. On peut attribuer cette coloration soit à la diminution de la matière colorante du sang, soit au dépôt d'une nouvelle matière colorante.

En général, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est légèrement infiltré, ce qui tient à la grande loi des effets produits par la gêne de la circulation.

Dans certains cas on trouve des ecchymoses à la périphérie du cerveau ou de la pie-mère.

Causes des congestions cérébrales. Il faut les considérer dans le monde extérieur et dans l'individu lui-même.

1° L'atmosphère peut influer de diverses manières sur la production des congestions cérébrales. Voici ce qu'a appris l'observation quant à sa température :

L'homme ne peut pas vivre à une température plus haute que celle de 50° c. A une température de 50 à 40°, il meurt rapidement frappé par une congestion cérébrale. Il en est de même à une température de 40, à 35°. On trouve dans la *Bibliothèque médicale,* tome LXX, p. 250, trois cas remarquables de congestions cérébrales survenues sous l'influence de cette température.

A mesure que la température descend de cette élévation extrême jusqu'à 20° c., la tendance aux congestions cérébrales diminue, et au-dessous de ce terme la fréquence de ces affections n'est plus en rapport avec l'élévation de la température. Au contraire, dans

nos pays du moins, les congestions cérébrales sont plus fréquentes en hiver que dans les autres saisons. Ainsi, sur cent quatorze cas recueillis par moi, j'ai trouvé qu'il y en a eu cinquante dans le mois de décembre, janvier et février, trente et un dans les mois de mars, avril et mai, trente-six dans les mois de juin, juillet et août, dix-sept dans les mois de septembre, octobre et novembre. La désastreuse campagne de Russie, et les relations des divers voyageurs dans les pays du Nord, confirment cette influence du froid sur la congestion cérébrale. M. Leuret a observé et publié plusieurs cas de mort causés par des congestions cérébrales arrivées à Charenton pendant un hiver très-froid, et pendant que régnait en même temps un vent violent du sud-ouest.

L'influence de l'électricité atmosphérique sur les congestions cérébrales est encore problématique. Il est arrivé que l'électricité employée comme agent thérapeutique a déterminé une congestion cérébrale (*Voyez* dans la *Clinique médicale*, tome v, p. 264, un cas de ce genre rapporté d'après un journal de Milan). La lumière, d'après quelques relevés, ne paraîtrait pas sans influence sur la production de cette affection. Il résulterait de ces relevés qu'un sixième des cas seulement se serait déclaré pendant la nuit.

Les substances ingérées peuvent agir efficacement dans la production des congestions cérébrales, soit qu'elles portent directement leur action sur le cerveau, soit qu'elles n'arrivent sympathiquement à cet organe qu'en affectant d'abord l'estomac. Les boissons alcooliques exercent une influence non douteuse sur la production des congestions cérébrales.

L'opium et ses préparations sont des causes efficaces de congestion. J'ai vu une congestion cérébrale produite par une décoction d'une tête de pavot prise en lavement. Le datura, la belladone, le cyanogène et ses préparations, l'acide carbonique, la digitale, la noix vomique, la ciguë, etc., peuvent aussi produire la congestion cérébrale. Toutes ces substances, qui agissent si diversement sur l'économie, ont cependant un effet commun sur le cerveau, celui de le congestionner. Remarquez cependant que, d'après les observations de M. Flourens, la congestion a lieu sur divers points des centres nerveux, suivant la substance ingérée. Ainsi l'opium congestionne le cerveau; la belladone, les tubercules quadrijumeaux; la noix vomique la moelle épinière.

La congestion cérébrale peut reconnaître pour cause les influences exercées par le cerveau lui-même ou bien par d'autres organes. Ainsi un travail intellectuel forcé, des émotions morales vives, des passions violentes, peuvent déterminer la congestion. Des maladies diverses de cet organe, l'épilepsie est celle qui produit le plus souvent la congestion. C'est à cette congestion que sont dus les divers symptômes qui succèdent à l'attaque, comme le coma, la stupeur, etc.

Par l'appareil digestif. Dans certaines circonstances l'accomplissement des fonctions de l'estomac peut donner lieu à l'hypérémie cérébrale ; ainsi elle se produit chez certains individus prédisposés par un travail trop actif de la digestion.

Une gastro-entérite aiguë peut aussi la produire, surtout chez les enfants.

Il importe cependant de ne pas rapporter toujours à une congestion cérébrale, le délire, les états comateux qu'on observe à certaines périodes de l'entérite folliculeuse. Ces accidents, en effet, qui sont quelquefois produits, il est vrai, par l'hypérémie, peuvent se rencontrer chez des individus dont le cerveau, à l'autopsie, présente une pâleur remarquable.

Les maladies chroniques du tube digestif exercent aussi une influence marquée sur la production de l'hypérémie cérébrale. Ainsi, chez certains individus affectés de gastrite chronique, chaque exaspération est annoncée comme par un coup de marteau sur le cerveau, et la congestion de cet organe se produit. Un malade atteint de gastrite chronique éprouvait, toujours du même côté, une demi-paralysie du bras à chaque exaspération de la maladie, paralysie qui disparaissait à mesure que l'irritation de l'estomac diminuait.

Les maladies de l'intestin grêle ne sont pas sans influence sur la production de l'hypérémie cérébrale : il en est de même des affection du gros intestin où se rencontre de plus une cause toute spéciale, la rétention prolongée de matières, la constipation.

Les produits accidentels peuvent encore produire la congestion cérébrale en agissant comme de véritables épines qui attirent par intervalle du sang vers le cerveau, et y produisent l'affection que nous décrivons. Il en est de même des ramollissements, des foyers apoplectiques plus ou moins anciens. Dans tous ces cas, il peut se présenter deux séries de symptômes; les uns permanents qui dépendent des produits accidentels; les autres non permanents et qui tiennent à la congestion produite de temps en temps autour de cette épine.

La congestion cérébrale accompagne presque toujours les maladies des méninges.

Par l'appareil circulatoire. Une trop grande activité du cœur peut produire l'hypérémie cérébrale. Elle survient aussi, mais d'une manière toute mécanique, lorsqu'il existe un obstacle au retour du sang du cerveau vers le cœur. Ces obstacles sont très-divers et peuvent siéger sur divers points, dans les vais-

seaux ou dans le cœur. La congestion peut être le résultat de la position déclive de la tête. L'apoplexie des nouveau-nés n'est souvent qu'un effet d'une congestion causée par un obstacle à la circulation.

L'état fébrile peut par la seule activité de la circulation produire des congestions du cerveau, comme on le voit dans les yeux, aux joues, etc.

La congestion cérébrale est un accident fréquent dans la période de réaction de certaines maladies, comme le choléra-morbus, les fièvres intermittentes pernicieuses.

L'inflammation de certains organes peut déterminer la congestion cérébrale, ainsi cette affection s'observe souvent dans les fièvres éruptives, dans les érésipèles de la face.

Il est certaines conditions de pléthore générale où la congestion parcourant divers organes peut se porter sur le cerveau.

L'état opposé, l'anémie générale, peut aussi déterminer la congestion cérébrale.

Par l'appareil respiratoire. Dans certains cas le moindre dérangement dans cet appareil cause des congestions cérébrales.

Par l'appareil musculaire. On a vu des individus être atteints de congestion en passant d'une position à l'autre, comme, par exemple, de la position couchée à la station. Un jeune homme, après une valse forcée, éprouve une congestion cérébrale, et meurt frappé comme par une rupture du cœur.

Par l'appareil génital. Des congestions cérébrales se forment souvent quelque temps avant l'époque de la première menstruation; elles sont fréquentes aussi chez les femmes à la cessation des règles, ou bien, quand elles se suppriment, ou bien encore à chaque période menstruelle.

L'abus du coït, comme aussi une continence trop prolongée peuvent déterminer l'hypérémie cérébrale.

Age. Le maximum de fréquence est après l'âge de quarante ans, mais on les observe aussi sur des enfants et des jeunes gens.

Sexe. Il semble que les hommes y soient plus exposés que les femme.

Symptômes. Les symptômes de la congestion cérébrale sont variables suivant sa durée, suivant son intensité et suivant la diversité des points affectés. Ils se présentent sous diverses formes.

1re *Forme*. C'est la plus légère et la plus fréquente; les grandes fonctions cérébrales, intelligence, sensibilité et motilité se conservent. Les malades éprouvent de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, de la somnolence; quelquefois il y a lenteur, paresse dans les mouvements; d'autres fois, au contraire, il y a suractivité et besoin incessant de se mouvoir. Cette forme de la congestion cérébrale détermine des fourmillements qui peuvent être généraux, bornés à un seul membre, aux deux membres inférieurs, aux deux supérieurs, ou qui peuvent être croisés. La face peut en éprouver aussi d'un seul ou des deux côtés.

Il peut survenir des palpitations qui peuvent n'être qu'une simple coïncidence avec la congestion. Le pouls est plein, tendu, roide et vibrant, les artères temporales battent avec force, bien que souvent les battements du cœur soient à l'état normal. La face est rouge, les yeux injectés; il peut survenir de la dyspnée; des hémorragies nasales peuvent avoir lieu. Les veines, surtout celles de la périphérie, sont gonflées. La circulation est donc modifiée dans les artères, les veines et les capillaires.

La fièvre peut exister, comme il peut n'y avoir aucun mouvement fébrile. Dans le premier cas, elle se traduit par tous les symptômes attribués à la fièvre inflammatoire.

Tous ces phénomènes peuvent ne durer qu'un instant ou se prolonger pendant un temps variable. Cette première forme peut ne se rencontrer qu'une seule fois, elle peut se répéter tous les soirs périodiquement, revenir tous les ans au printemps, ou à des époques diverses. Quelquefois elle affecte le type intermittent. J'ai connu un individu qui de temps en temps présentait cette forme de la congestion. J'en connais un autre qui, depuis l'âge du quatre ans jusqu'à trente-quatre, en a été continuellement affecté; à cette époque elle a cessé pendant quatorze ans, a recommencé à quarante-huit ans, et elle n'a pas discontinué depuis.

Quand elle cesse, la santé peut revenir complète; elle peut être suivie d'une hémorragie cérébrale, ou d'un ramollissement, elle peut enfin être remplacée par une des formes que nous allons examiner.

2e *Forme*. Dans celle-ci, qui est beaucoup plus grave, il y a perte absolue et subite de connaissance, soit que la première forme ait ou n'ait pas précédé.

Le malade tombe tout à coup comme une masse inerte, les membres sont en résolution ou dans un état de roideur; c'est le coup de sang.

Cet état peut persister plus ou moins longtemps; la mort peut survenir après quelques minutes ou après plusieurs heures; il peut y avoir retour subit ou graduel à la santé. La congestion ayant cessé, quelques accidents peuvent survenir: l'intelligence peut se troubler pendant un temps variable, les sens peuvent s'affaiblir, la parole peut être embarrassée, il peut y avoir enfin faiblesse générale ou partielle.

Cette forme de la congestion cérébrale suscite une remarque importante. Les symptômes de l'hémorragie cérébrale la plus grave

sont absolument semblables à ceux que nous venons d'examiner. Est-il possible de distinguer ces deux affections sous cette forme? Non; et le seul fait d'une paralysie générale, et d'une prostration subite doivent faire porter le diagnostic soit sur une hémorragie cérébrale grave, soit sur la congestion cérébrale.

3ᵉ *Forme.* Elle est caractérisée par l'hémiplégie, et ce qui distingue cette hémiplégie de celle qui résulte d'une hémorragie cérébrale, c'est qu'elle peut cesser tout à coup, comme je l'ai vu sur une femme qui fut frappée d'hémiplégie qui se dissipa fort promptement. Dans quelques cas, cependant l'hémiplégie persiste sans qu'il y ait hémorragie, comme on a pu s'en convaincre par l'ouverture des corps, et comme M. Lélut l'a observé tout récemment. Il y a peut-être plus de cinquante cas de ce genre dans la science.

La langue peut se trouver subitement paralysée, et cette paralysie persiste pendant un temps plus ou moins long.

Cette troisième forme s'accompagne souvent de convulsions.

4ᵉ *Forme.* Dans celle-ci, ce sont les lésions de la sensibilité et de la motilité qui prédominent, soit isolées, soit réunies. On a vu un individu être pris plusieurs fois par jour pendant un mois de paralysie générale. Ses attaques duraient environ cinq à six minutes. On se rendit maître de cette affection en pratiquant d'abondantes émissions sanguines (*Bibliothèque médicale*, tome LXXI). M. le doct. Gintrac, de Bordeaux, a cité l'observation remarquable d'un enfant de quatre ans, qui était sujet, depuis les premiers temps de sa vie, à une suspension momentanée de la motilité volontaire. L'attaque se manifestait d'une manière inopinée; si l'enfant était debout, ses membres inférieurs se fléchissaient, le tronc se renversait, et la chute avait lieu. Au lit, l'attaque ne s'annonçait que par le relâchement complet dans lequel était jeté l'appareil locomoteur. Pendant l'attaque, la sensibilité était diminuée, les sens étaient un peu émoussés, les yeux restaient ouverts et immobiles, l'ouïe se conservait, les facultés intellectuelles persistaient, puis le malade était dans l'impossibilité d'articuler une syllabe.

Ce malade mourut d'une maladie intercurrente, et à l'ouverture du corps, on ne découvrit d'autre altération qu'une oblitération du sinus longitudinal supérieur.

5ᵉ *Forme.* Le trouble de l'intelligence est ici prédominant, soit que ce trouble existe seul, soit qu'il soit accompagné de quelque altération légère du sentiment ou du mouvement.

Dans cette forme, le délire est intense et peut simuler celui des fièvres, avec prédominance de symptômes ataxiques. Les malades peuvent développer des forces musculaires énormes, après quoi la mort peut arriver par l'augmentation de la congestion qui porte sans doute sur les nerfs de la respiration, car le malade meurt comme asphyxié; la face est vultueuse et quelquefois noire.

Voilà les cinq formes principales sous lesquelles peut se présenter la congestion cérébrale. On peut se demander comment il se fait que cette maladie, dont les caractères anatomiques sont les mêmes, donne lieu à des symptômes si différents et si variés. Il est permis de penser que cela tient au siége différent de la maladie, quoique, si nous voulions préciser quel est le point du cerveau qui donne lieu à telle ou telle forme symptomatique, évidemment nous ne le pourrions pas, MM. Foville et Cazauvielh avaient annoncé que la congestion seule de la substance corticale des hémisphères cérébraux donnait lieu au trouble de leur intelligence; mais MM. Calmeil et Bouillaud ont vu des cas où la motilité était lésée, cette substance étant seule altérée, et l'on a vu l'intelligence altérée dans des cas où la substance corticale était intacte. La science présente donc une lacune sur ce point, et si l'on comprend très-bien que les symptômes doivent varier selon que la congestion siége sur telle ou telle partie, les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse établir quelque loi générale; il en faut, pour cela un très-grand nombre, car ce qui a nui le plus à la pathologie cérébrale, c'est la manie de tirer des conclusions de quelques faits seulement.

Hypérémie du cervelet. On n'a jamais rencontré sur le cadavre les congestions du cervelet isolées de toute altération des centres nerveux, il est donc bien difficile de faire la part des symptômes qui peuvent se rapporter à cet organe. Cela se conçoit d'autant mieux que les fonctions du cervelet, malgré des travaux récents et fort recommandables, sont encore environnées de beaucoup d'obscurité. Ils ne sont pas rares dans la science, les cas où des altérations bien constatées du cervelet n'ont donné lieu à aucun des symptômes qu'elles auraient dû produire, soit du côté des organes génitaux, soit du côté des mouvements volontaires; sur ce point encore des recherches nombreuses sont à faire. J'ai été à même d'observer quelques faits confirmatifs de l'opinion qui place dans le cervelet la faculté de réagir sur les organes génitaux.

J'ai vu plusieurs femmes être prises de vives douleurs à l'occiput à chacune de leurs époques menstruelles.

J'ai vu un jeune homme qui, toutes les fois qu'il se livrait au coït, éprouvait d'atroces douleurs à l'occiput.

Un jeune homme éprouvait depuis quelque temps un priapisme très-douloureux et très-inquiétant; il ressentait en même temps une

vive douleur à l'occiput. Tous mes efforts échouèrent pour combattre ce priapisme. Un jour on vint me chercher à la hâte; je le trouvai en proie à un délire furieux et présentant tous les symptômes d'une méningite aiguë à laquelle il succomba. L'autopsie ne fut pas faite.

Hypérémie de la moelle épinière. Elle est plus rare que celle des autres centres nerveux. Elle coïncide ordinairement avec celle des membranes qui l'enveloppent, et alors aussi les enveloppes de l'origine des nerfs les plus superficiels sont congestionnées.

L'hypérémie de la moelle peut être générale, ou partielle, bornée à la portion antérieure ou à la postérieure; elle peut être cervicale, dorsale ou lombaire. D'après ces siéges divers, on sent que les troubles peuvent porter sur la sensibilité ou sur la motilité, sur les membres supérieurs ou sur les inférieurs.

Causes. Dans la plupart des cas, elles ne sont pas appréciables. On l'a vue se produire après une suppression de la transpiration, des règles, des lochies. Dans un cas, elle est survenue à la suite d'excès vénériens.

Elle est ordinairement plus fréquente après quarante ans, qu'avant cette époque de la vie. On en connaît cependant des exemples arrivés à 15, 17, 21, 34 et 35 ans.

Symptômes. Comme pour la congestion cérébrale, nous devons, pour rendre fidèlement les faits, établir plusieurs formes d'hypérémie de la moelle.

1re *Forme.* Caractérisée par la perversion ou l'abolition du mouvement, cette altération du mouvement peut survenir tout à coup, l'intelligence restant tout à fait intacte. La paralysie peut porter sur tous les membres, sur les muscles du cou, du thorax, sur le diaphragme. Alors la respiration étant suspendue par la paralysie des puissances actives de la respiration, la mort arrive par asphyxie.

Il peut exister des convulsions, soit partielles, soit générales, alternant avec la paralysie.

2e *Forme.* Dans celle-ci le trouble porte sur la sensibilité, qui peut être abolie, soit partiellement, soit en totalité, ou exaltée. Les malades peuvent éprouver des crampes, des douleurs diverses, superficielles ou profondes et qui peuvent simuler des douleurs névralgiques.

3e *Forme.* Il y a dans celle-ci lésion du sentiment et du mouvement, qui peut consister dans leur abolition ou dans leur exaltation, ou bien dans l'abolition de l'une et dans l'exaltation de l'autre.

Dans chacune de ces formes, la respiration peut être modifiée, aussi bien que les fonctions de la vessie.

La circulation peut rester à l'état normal; elle peut être accélérée ou bien au contraire ralentie.

L'hypérémie de la moelle peut être primitive et rester bornée à la moelle; elle peut se propager au cerveau ou être consécutive à une congestion de cet organe; elle peut aussi commencer à un point quelconque de la moelle et se propager aux autres points en montant ou en descendant.

Elle peut venir lentement ou promptement; sa durée peut être courte ou longue; elle peut donner lieu à un épanchement de sérosité ou à une hémorragie; elle peut enfin se terminer par la mort.

Si nous considérons maintenant en général les congestions des centres nerveux, nous verrons que leur durée peut être de quelques jours ou de plusieurs années; qu'elles peuvent être continues ou intermittentes, variables ou fixes. J'ai vu un homme qui a été pris de congestion cérébrale deux fois par an, en mars et en septembre, pendant neuf ans. A ces époques, il perdait la parole et le mouvement, aussi bien que les facultés intellectuelles. Celles-ci revenaient les premières, et peu à peu revenaient la parole et le mouvement. Morton cite le cas d'un enfant qui tous les jours était pris de congestion, qu'il guérit avec le quinquina. Huxam en a vu une qui revenait tous les deux jours: le malade mourut à la quatrième, sans doute par hémorragie cérébrale; ce qui ne fut pas vérifié. Lancisi rapporte un cas semblable. J'ai vu un cas de congestion coïncidant avec un tic douloureux, qui cessa à la suite d'un grand écoulement de sérosité par le nez. Je connais aussi une dame qui est souvent atteinte de congestion cérébrale, et qui est soulagée par l'écoulement de sérosité qui a lieu sur la surface d'un vésicatoire.

Traitement des congestions des centres nerveux. 1o *Émissions sanguines.* Dans un grand nombre de cas, les émissions sanguines, largement pratiquées, produisent d'heureux résultats, et bien souvent sous leur influence disparaissent tout à coup la céphalalgie, les étourdissements, les tintements d'oreille, les engourdissements des membres, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et souvent après d'abondantes saignées, ou bien les symptômes persistent, ou bien ils disparaissent pour revenir bientôt et avec plus d'intensité qu'auparavant. Dans certains cas même ils sont aggravés par les saignées. On doit préférer dans tous les cas la saignée générale à l'application des sangsues. Celles-ci cependant peuvent être appliquées d'une manière auxiliaire aux apophyses mastoïdes, au cou, le long de la colonne vertébrale ou à l'anus. On peut appliquer avec avantage à la base du crâne des ventouses scarifiées.

2o *Révulsifs.* Ils sont fort utiles dans les

cas où il s'agit de rappeler les règles, un flux hémorroïdal ou une épistaxis supprimés. Les éruptions herpétiques doivent être rappelées si elles avaient été arrêtées.

3° *Dérivatifs.* Les dérivatifs sur le canal intestinal m'ont toujours paru fort utiles. On obtient de bons effets d'une goutte ou deux d'huile de crotontiglium ou du calomel à la dose de 24 grains. On peut aussi appeler une congestion sur d'autres points, soit au moyen d'un vésicatoire, d'un séton, ou de bains de pied sinapisés.

4° *Régime.* Il faut faire respirer aux malades un air doux et à température uniforme. Ils feront usage d'aliments légers et non épicés ; ils s'abstiendront sévèrement de liqueurs alcooliques et excitantes, ils feront un exercice modéré, et ne se livreront pas longtemps au sommeil.

B. PHLEGMASIES DES CENTRES NERVEUX.

Il semblerait, au premier coup d'œil, qu'une maladie telle que l'inflammation des centres nerveux, devrait se traduire par des symptômes très-tranchés et par des signes caractéristiques. Il n'en est cependant pas ainsi : les inflammations du cerveau surtout sont assez obscures et doivent cette obscurité à ce que les désordres fonctionnels qu'elles présentent ressemblent à ceux qui traduisent l'inflammation des méninges. D'ailleurs les phlegmasies du cerveau ne sont pas aussi communes que certains médecins le pensent. Si l'on n'appelle pas encéphalite toute altération de texture et de consistance que présente l'encéphale, il faut conclure que cette inflammation est plus rare qu'on ne le dit. Il ne faut pas toujours regarder comme symptômes d'inflammation du cerveau quelques désordres fonctionnels qui se manifestent dans un très-grand nombre de maladies. Ainsi, il est très-peu d'enfants qui succombent à une maladie aiguë, qui ne présentent quelques troubles nerveux, sans qu'il y ait encéphalite. Vers la fin d'un grand nombre de maladies chroniques, des symptômes nerveux se manifestent, qui ne sont nullement liés à l'inflammation du cerveau. Dans les maladies générales sous forme de typhus, le système nerveux joue un rôle immense ; mais ce n'est là qu'un élément de la maladie, auquel on peut assimiler le trouble de l'estomac, aussi fréquent que le trouble nerveux. Dans d'autres cas, le cerveau se trouble dans ses fonctions sans que cet organe soit le siége d'une phlegmasie. Ainsi le délire nerveux que présentent certains individus, celui qui survient chez certaines personnes adonnées aux boissons alcooliques, ne sont en aucune façon sous l'influence de l'inflammation. Ces considérations ont une grande importance pour la thérapeutique ; car ces deux dernières affections, par exemple, cèdent merveilleusement à l'emploi de l'opium, médicament qui aggrave constamment la véritable inflammation du cerveau.

Cela posé, nous allons décrire l'inflammation des centres nerveux ; et ici nous établirons une division très-naturelle dans les inflammations des parties contenues dans le crâne, et dans celles des parties renfermées dans le canal vertébral.

DE L'INFLAMMATION DE L'ENCÉPHALE, OU ENCÉPHALITE.

On l'appelle *cérébrite* quand elle porte sur les hémisphères cérébraux ; *cérébellite,* quand elle atteint le cervelet.

L'encéphalite peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

1° *Forme aiguë.* Elle peut être générale, ce qui est rare ; partielle, ce qui est beaucoup plus commun ; et alors elle peut être bornée à un hémisphère ou à une portion d'hémisphère, avoir son siége dans la substance grise ou dans la substance blanche ; ou enfin, comme la congestion, frapper les diverses parties de l'encéphale.

Caractères anatomiques. Quel que soit le siége de l'inflammation, les caractères anatomiques sont les mêmes. D'abord, c'est une injection plus ou moins prononcée. Peut-on distinguer cette injection de celle que produit l'hypérémie ? Non, cela n'est pas possible ; il y a sur ce point de la science une lacune à remplir. En même temps que l'injection, on trouve une tuméfaction considérable du tissu nerveux, et de là résulte une augmentation notable des parties enflammées, très-facile à apprécier au moment où on enlève la boîte osseuse. Cette tuméfaction détermine la compression des parties où elle siége, et de là des symptômes divers. Quand l'inflammation a duré un certain temps, on trouve les anfractuosités et les circonvolutions effacées et le cerveau se présente lisse et uni. Dans certains cas, la partie enflammée, tuméfiée, presse sur les parties voisines, et détermine des symptômes complexes.

L'inflammation de l'encéphale ne produit pas seulement l'injection et la tuméfaction des parties enflammées, elle détermine un changement de consistance, et le ramollissement du cerveau est souvent le résultat de l'inflammation de cet organe. Ce ramollissement est toujours accompagné d'un certain degré d'injection qui a fait donner à cette altération le nom de *ramollissement rouge.*

Cette inflammation peut se terminer par ulcération, mais cette terminaison est rare. Le docteur Scoutetten en a cité des exemples.

On peut trouver aussi le produit de la suppuration, et cette circonstance sera un signe irrévocable d'inflammation du cerveau, hors les cas de phlébite. Le pus peut d'ailleurs être

trouvé à l'état d'infiltration, ou réuni en collections. Ce dernier cas n'arrive qu'après une durée assez longue de l'inflammation ; cependant j'en ai trouvé après des encéphalites de courte durée. Tantôt on ne trouve qu'un abcès, tantôt on en trouve plusieurs.

Il est douteux que l'inflammation du cerveau puisse se terminer par gangrène. On en trouve cependant un exemple dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* et un autre cité par M. Lallemand.

Les méninges participent souvent à l'inflammation. C'est de cette complication que résultent les divers épanchements séreux que l'on peut rencontrer soit à la périphérie, soit dans les ventricules du cerveau.

Causes. La plupart des causes sous l'influence desquelles se produisent les congestions produisent aussi les l'inflammations cérébrales.

Parmi les causes extérieures, une des plus puissantes est l'insolation. L'habitude des boissons alcooliques détermine souvent des phlegmasies cérébrales. Les violences extérieures jouent un grand rôle dans la production de l'encéphalite, aussi elle survient fréquemment après des coups ou des chutes. Ces causes peuvent agir de plusieurs manières. Ainsi il peut se faire que l'encéphalite survienne sans que les violences extérieures aient déterminé une solution de continuité. Il n'est pas rare de la voir survenir après une chute qui n'aura pas porté sur la tête, mais qui aura déterminé un ébranlement tel, que l'inflammation aura succédé à la commotion. Quand il y a eu solution de continuité, l'encéphalite peut résulter de la solution de continuité des simples parties molles, ou de celle des os. Elle survient aussi après l'introduction d'un instrument tranchant ou piquant, de projectiles, et ceux-ci peuvent la produire, soit en passant rapidement sur ou dans le cerveau, soit en séjournant dans la pulpe nerveuse. Toutes ces causes, d'ailleurs, sont loin d'agir au moment même où elles ont lieu. Les annales de la chirurgie militaire contiennent des faits qui prouvent que des balles ont pu séjourner dans l'encéphale en ne déterminant l'encéphalite que plusieurs mois après. Ces faits, tout inexplicables qu'ils sont, doivent être admis dans la science si l'on veut embrasser tous les cas possibles.

Il est un certain nombre d'affections chroniques du cerveau qui peuvent déterminer une inflammation autour des parties où elles existent. Ainsi, il n'est pas rare de voir l'encéphalite succéder après un certain temps à une hémorragie cérébrale qui aura déterminé la formation d'un kyste. On la voit se produire autour de certains produits accidentels, comme des masses cancéreuses, des tubercules. Il y a longtemps que les observateurs ont remarqué qu'un grand nombre d'enfants scrofuleux périssent d'inflammation du cerveau. On sait aujourd'hui que la fréquence de cette affection est due à la présence de tubercules dans le cerveau autour desquels se fait un travail inflammatoire.

Les maladies des parties nombreuses qui entourent le cerveau peuvent occasionner l'encéphalite. Ainsi la méningite, les tubercules des méninges, les caries, les exostoses des os du crâne, la carie du rocher, les inflammations aiguës des membranes de l'œil, celles de l'oreille interne et moyenne, des fosses nasales quand surtout elles se propagent aux sinus frontaux, les opérations qui se pratiquent sur les sinus, les inflammations du cuir chevelu et de la peau de la face, toutes ces altérations peuvent déterminer la production de l'encéphalite aiguë. Remarquez, cependant que dans tous les cas d'érésipèles de la face et du cuir chevelu, qui s'accompagnent de délire, il n'y a pas toujours encéphalite. Les ouvertures des corps m'ont démontré qu'il s'en faut beaucoup qu'il y ait toujours inflammation dans ce cas-là.

Les cordons nerveux qui partent du cerveau peuvent être le point de départ de l'encéphalite. M. Bouillaud a cité le cas d'une inflammation du cerveau après une forte ligature qui avait compris les nerfs du bras.

Il n'est pas une inflammation de tous les autres organes qui ne puisse produire celle du cerveau.

Le travail de la dentition a été accusé de favoriser la production de l'encéphalite. Je ne crois pas qu'il soit possible de rien dire de positif à ce sujet.

Parmi les causes intérieures, les travaux intellectuels trop prolongés, les chagrins, les émotions morales trop vives sont une cause fréquente d'encéphalite.

Symptômes. Ils sont variables en raison de l'intensité, de l'étendue, de la nature et du siége de la lésion. Étudions d'abord les désordres fournis par les appareils de la vie de relation qui sont variables suivant qu'ils portent sur l'intelligence, sur le mouvement ou sur le sentiment.

1° Désordres de l'intelligence. Ils peuvent être les symptômes prédominants; c'est à cette forme de la maladie que les anciens donnaient le nom de *Phrénitis*. Le délire est variable dans ses formes et dans son intensité; il est tantôt loquace, tantôt taciturne. Il peut se montrer et constituer le seul désordre des fonctions de l'encéphale, il peut, au contraire, être accompagné d'un désordre du mouvement et du sentiment. Il peut se faire que dans l'encéphalite le plus confirmé il y ait interruption momentanée du délire. Il est d'ailleurs augmenté par toutes les causes d'excitation, et le moindre bruit, un rayon de lu-

mière qui pénétrera dans la chambre du malade, détermineront un paroxysme du délire. Sa durée est variable, il est ordinairement suivi d'un état comateux pendant lequel les malades succombent. Il est des cas cependant dans lesquels le délire persiste jusqu'à la fin, dans lesquels la période de coma n'arrive pas, et dans lesquels les malades périssent dans un délire furieux. Ordinairement il y a des alternatives de délire et d'état comateux.

Dans certains cas d'encéphalite, on ne remarque aucun trouble de l'intelligence et cela s'observe quand l'inflammation siége sur des parties éloignées des circonvolutions.

Quelquefois le délire ne se montre qu'au début; d'autres fois il ne survient que quelque temps après. Il peut persister après l'inflammation et il n'est pas rare de voir l'aliénation mentale succéder à l'encéphalite. Dans quelques cas, ce n'est pas par l'aliénation mentale qu'elle se termine, mais seulement par un affaiblissement de l'intelligence, ou d'une de ses facultés, comme la mémoire, par exemple.

2° Lésions du mouvement. Plusieurs malades présentent comme phénomène prédominant, et même comme phénomène unique, un grand trouble du mouvement. Ils éprouvent une grande agitation, ils ont des soubresauts des tendons, etc.

Ces lésions du mouvement consistent dans des convulsions, dans des contractures, et dans la paralysie. Ces signes ont un caractère plus positif que les troubles de l'intelligence.

Les convulsions peuvent être générales ou partielles; elles peuvent n'affecter qu'un certain nombre de muscles, comme ceux des yeux, de la langue, des membres.

Les contractures peuvent se porter sur plusieurs parties du corps; elles sont d'autant plus prononcées que l'inflammation est plus intense, et qu'elle est arrivée à la période de ramollissement.

La paralysie a des siéges nombreux; elle peut occuper la face, la langue, les membres, les muscles du larynx, ceux de la respiration, de la vessie ou du rectum. Elle peut survenir d'emblée, c'est le cas le plus rare. Le cas le plus commun est celui dans lequel la paralysie arrive à une époque plus avancée de la maladie et est précédée de convulsions ou de contractures.

Dans certains cas, il y a paralysie d'un côté, et convulsions ou contracture de l'autre.

Dans certains autres, la paralysie, la contracture et les convulsions se succèdent et alternent sur un membre.

3° Lésions du sentiment. La céphalalgie est au début le premier symptôme. Les malades entendent des bruits bizarres, des souffles, des détonations. Si dans le cours d'une maladie aiguë vous voyez un malade accuser des phénomènes semblables, tenez-vous sur vos gardes, il est sous l'imminence d'une encéphalite.

La sensibilité générale est souvent très-augmentée; dans d'autres circonstances il y a au contraire paralysie du sentiment.

Dans la première période de la maladie, les sens spéciaux sont exaltés. La lumière est douloureuse, la pupille contractée, l'ouïe d'une sensibilité extrême. Dans la seconde période, ils s'affaiblissent et finissent par se perdre.

Symptômes fournis par les appareils de la vie de nutrition. La digestion présente souvent un trouble notable qui se traduit par des vomissements. Ce phénomène peut être le premier qui se présente et marquer le début de la maladie. Dans le cours de l'encéphalite, il y a ordinairement constipation qui peut être très-opiniâtre. La langue est naturelle, le ventre souple, et ces circonstances entièrement négatives ont de l'importance, puisqu'elles différencient l'encéphalite de la fièvre typhoïde avec laquelle elle a plus d'un rapport.

Les phénomènes fournis par l'appareil de la circulation sont variables; au début d'une inflammation du cerveau vive et intense, il y a ordinairement accélération du pouls; mais ce symptôme n'est pas constant. Et quand à l'encéphalite se joint un épanchement séreux ventriculaire, suite d'une méningite, on observe alors un ralentissement du pouls. Dans une encéphalite partielle, le pouls reste dans son état normal.

La respiration se trouble dans l'encéphalite; elle s'embarrasse, peut devenir stertoreuse quand l'inflammation est intense, et présenter les mêmes phénomènes que déterminent les hémorragies cérébrales.

Tous ces symptômes sont d'ailleurs variables en raison du siége de la lésion, suivant qu'elle occupera les lobes du cerveau, le mésocéphale ou le cervelet. Ils s'enchaînent et se succèdent de manière à former deux périodes distinctes. Dans la première, il y a prédominance des désordres du mouvement, qui se traduisent par des convulsions, des contractions et une agitation générale. La seconde est caractérisée par un état comateux et par la paralysie. Mais ces deux périodes ne se succèdent pas toujours régulièrement; elles peuvent alterner. Il est des cas où la maladie débute par les symptômes de la seconde période. Il en est d'autres où les malades succombent dans la première, de manière que relativement à sa marche, l'encéphalite peut présenter les trois cas suivants : 1° parcourir régulièrement les deux périodes; 2° débuter par les symptômes de la seconde; 3° se terminer fatalement dans la première.

Début. Le début de l'encéphalite est fort variable. Il est des cas où elle débute par une espèce de fièvre inflammatoire avec conges-

tion du cerveau, à laquelle succèdent peu à peu les symptômes de l'encéphalite. Il en est d'autres où, sans aucune espèce de prodrôme, le délire éclate tout à coup sans autre phénomène morbide. Dans tous les cas où se présentera le délire accompagné de fièvre, serez-vous en droit de conclure à l'existence d'une encéphalite? Non; car vous vous souviendrez que la fièvre typhoïde débute souvent de cette manière. Quelquefois vous la verrez débuter par des convulsions, par des contractures ou par la paralysie. Vous vous tromperez plus difficilement sur ces symptômes, puisqu'ils sont beaucoup plus caractéristiques de l'encéphalite. Enfin il est des cas insolites, dont il faut tenir compté, où la maladie débute d'une manière toute différente. Ainsi Abercrombie (*des Maladies de l'encéphale,* traduit par Gendrin, 2e édit., p. 114) a vu l'encéphalite débuter par la perte de la parole. Le même observateur rapporte une observation où le vomissement fut le premier symptôme.

Durée : variable. On voit des encéphalites qui se terminent par la mort au bout de vingt-quatre heures. On en voit d'autres qui durent un ou deux mois, après lesquels elles passent à l'état chronique.

Terminaison. Par la mort ou par le retour à la santé, qui peut être complet, ou bien présenter un affaiblissement, soit de l'intelligence ou de quelqu'une de ses facultés, soit de quelque sens. Ainsi on a vu l'encéphalite être suivie de strabisme, de dureté de l'ouïe, etc.

Traitement. Au début, les émissions sanguines doivent en être la base. Quand on a abattu les phénomènes de réaction par une soustraction de sang plus ou moins considérable, on doit recourir à l'emploi du froid; mais cet emploi doit être fait avec de grandes précautions, car il présente deux inconvénients qu'il faut savoir éviter. Si vous l'appliquez avant d'avoir pratiqué des émissions sanguines, il détermine une réaction si forte que vous ne pourrez peut-être plus vous en rendre maître. Si vous l'appliquez trop tard, votre malade tombera dans un collapsus dont rien ne pourra le retirer.

Plusieurs moyens sont en usage pour l'application du froid; on peut appliquer de la glace sur la tête en ayant soin de la piler et de la renfermer dans une vessie pour que son poids et son volume n'incommodent pas le malade. Il est nécessaire que la glace reste longtemps sur la tête pour qu'elle y produise quelque effet. Vous trouverez des malades qui seront péniblement impressionnés par cette application de glace; persistez pendant quelque temps pour voir si cette impression désagréable cesse; s'ils témoignent par des cris, par de l'agitation, quelquefois par des grimaces, que la présence de la glace leur est douloureuse, n'insistez pas davantage sur ce moyen, il leur serait alors nuisible. Vous en trouverez d'autres au contraire qui témoigneront du soulagement et qui le désireront avec ardeur.

On emploie aussi les affusions froides sur la tête à des intervalles plus ou moins éloignés, l'eau étant à une température qui ne soit pas au-dessous de 16°, on peut diriger un courant continu d'eau froide sur la tête; on peut faire tomber l'eau goutte à goutte, on peut enfin faire des ablutions sur tout le corps.

Les révulsifs à la peau, tels que vésicatoires, sinapismes, etc., exigent les mêmes précautions que l'emploi du froid et ne doivent pas être appliqués à toutes les périodes de la maladie. C'est quand l'excitation a été diminuée que l'on peut les employer. Il est des malades qui ne peuvent les supporter et chez lesquels tout excitant à la peau est suivi d'une exaspération formidable de tous les symptômes. Je crois, somme toute, qu'il faut être très-avare des révulsifs dans l'encéphalite, et qu'ils ne sont réellement utiles que lorsque le coma est profond et la sensibilité générale et spéciale entièrement émoussée.

Je suis moins avare de dérivatifs sur le tube intestinal, et je les ai toujours vus produire de bons effets, toutes les fois que les voies digestives étaient parfaitement exemptes de toute altération. Abercrombie dit : « Dans toutes les formes de la maladie, les purgatifs actifs semblent être le remède dont on tire les résultats les plus satisfaisants. Quoiqu'il ne faille jamais négliger de recourir à la saignée dans les premières périodes de la maladie, mon expérience m'a prouvé qu'un plus grand nombre de succès ont été obtenus dans des affections cérébrales de l'apparence la plus alarmante par l'usage des purgatifs très-violents, que par tout autre moyen de traitement, Dans le plus grand nombre de ces cas, des saignées copieuses et répétées avaient été employées sans aucun avantage apparent pour arrêter les symptômes. Le purgatif le plus convenable, dans ces cas, est l'huile de crotontiglium. » (*Ouvrage cité,* page 215.)

Les préparations mercurielles ont été décorées du nom de spécifiques, dans les inflammations cérébrales. Je n'ai jamais vu qu'on en retirât de grands effets, soit qu'elles fussent administrées en frictions, soit à l'intérieur. C'est surtout au calomel que l'on a recours dans ce dernier cas, et quand son administration a été suivie de quelque succès, on peut dire qu'il a plutôt agi comme purgatif que comme agent mercuriel.

2° *Forme chronique.* L'encéphalite chronique se rapproche à beaucoup d'égards de l'encéphalite aiguë.

Ses *caractères anatomiques* sont les mêmes, si ce n'est que le cerveau présente souvent de l'induration et plus souvent des

abcès que dans la forme aiguë. Ces abcès sont renfermés dans des kystes à parois fibreuses.

Les *causes* sont les mêmes que celles qui produisent l'inflammation aiguë. Elle peut succéder à l'encéphalite aiguë ou être primitive. Les symptômes sont aussi les mêmes, si ce n'est qu'ils se succèdent plus lentement.

L'*inflammation chronique du cervelet*, dont on possède sept à huit exemples, s'est traduite avec des symptômes variables. Ainsi dans un cas il y a eu paralysie ; dans un autre, faiblesse, extrême des membres et imminence continuelle de chute en avant. Dans d'autres cas, ce n'était plus sur les mouvements que portaient les désordres, mais sur le sentiment; dans un cas il y avait exaltation de la sensibilité générale ; dans un autre, douleur atroce à l'occiput; dans un autre, cécité; enfin on l'a vue se traduire par des désordres de la digestion consistant en des vomissements.

Espérons que plus tard, et pour l'honneur de notre science, on arrivera à expliquer tous ces symptômes variables par la diversité de siége de l'inflammation dans le cervelet.

Le *traitement* consiste dans les émissions sanguines au début, et dans les révulsifs dans une période plus avancée de la maladie.

DE L'INFLAMMATION DU PROLONGEMENT RACHIDIEN, OU MYÉLITE.

On doit la distinguer en aiguë et en chronique, mais nous grouperons ces deux formes dans une description commune.

Caractères anatomiques. Absolument les mêmes que ceux de l'encéphalite. Ainsi, rougeur, tuméfaction, ramollissement, suppuration. Du ramollissement et de la suppuration portés à un haut degré, peuvent résulter une véritable interruption de continuité dans la moelle.

Elle peut être générale ou partielle, et celle-ci est la plus commune : on distingue une myélite cervicale, dorsale et lombaire.

Dans chacune de ces parties, elle peut affecter toute l'épaisseur de la moelle, elle peut porter sur les cordons antérieurs ou sur les postérieurs, sur la substance blanche ou sur la substance grise, et l'inflammation de celle-ci est beaucoup plus fréquente. Quand la substance grise vient à se ramollir, il peut se former un vide, un véritable canal au milieu de la moelle.

Causes. Ce sont les mêmes que celles de l'encéphalite.

Symptômes. 1° De la vie de relation. L'intelligence est toujours intacte, à moins que l'inflammation ne siége sur le bulbe rachidien, cas dans lequel il peut y avoir délire.

Les désordres du mouvement sont très-variés et sont les phénomènes prédominants, quand surtout l'inflammation porte sur les cordons antérieurs. On peut poser en principe général que les lésions du mouvement frappent les parties qui reçoivent leurs nerfs de la portion située au-dessous du siége de l'inflammation. Dans les cas où l'inflammation commence par les cordons antérieurs de la moelle, les lésions du mouvement, et elles consistent alors dans la paralysie, deviennent générales en procédant de bas en haut. Ces lésions du mouvement sont d'ailleurs variables selon que l'inflammation est aiguë ou chronique. Tantôt c'est une simple gêne du mouvement, tantôt la paralysie commence par un doigt pour devenir graduellement générale. Il peut arriver que la paralysie arrive subitement. Ce peut être des contractures qui peuvent siéger aux membres ou dans les muscles des parois abdominales. Quelquefois ce sont des crampes, quelquefois des convulsions; certains malades présentent tous les symptômes de la chorée. Il en est, chez lesquels on observe une forme plus redoutable, le tétanos. Est-ce à dire que tous les cas de tétanos soient liés à une inflammation de la moelle? je suis à mille lieues de le penser; je ne fais que constater un fait, comme tout à l'heure je constatais que la myélite pouvait déterminer des symptômes de chorée.

Lésions de la sensibilité. Elles prédominent dans l'inflammation des cordons postérieurs. La douleur peut exister dans la moelle ou au dehors d'elle. Dans la moelle, la douleur peut être générale ou partielle, ce qui est le cas le plus commun. Il est des cas où la douleur s'exaspère par le mouvement ; il est probable qu'alors les enveloppes de la moelle participent à la maladie. Elle est dans certains autres cas plus intense dans la position couchée. On a dit que la pression exercée sur les apophyses épineuses, faisaient reconnaître le siége de la douleur quand cette pression s'exerçait sur les apophyses correspondantes au siége de l'inflammation. On a dit aussi qu'une éponge imbibée d'eau chaude promenée sur la colonne vertébrale déterminait une douleur correspondante au siége de l'inflammation. J'ai fait ces expériences plusieurs fois, et dans la plupart des cas elles ne m'ont rien démontré.

Il n'est pas toujours facile d'apprécier si la douleur a réellement son siége dans la moelle épinière. Elle peut exister dans le tissu fibreux, dans les vertèbres, elle peut dépendre d'une névralgie de la moelle qui donne lieu à des douleurs très-vives, elle peut enfin être sous l'influence d'une maladie des méninges.

Hors de la moelle, la douleur peut siéger dans les membres, suivant le trajet des gros troncs nerveux, elle peut résider dans l'abdomen; elle peut être continue ou intermittente.

Il est d'ailleurs facile de se méprendre sur le caractère de ces douleurs, et de les croire

rhumatismales ou purement nerveuses, ces cas, sont très-fréquents, et la méprise est d'autant plus facile que souvent alors la moelle ne présente aucune douleur.

La sensibilité peut au contraire être abolie généralement ou partiellement. Dans certains cas toute la peau est insensible; dans quelques autres, il existe quelques points circonscrits de la peau où la sensibilité reste intacte. L'anatomie ne peut pas rendre raison de ces cas-là.

Il peut n'y avoir que diminution de la sensibilité, se traduisant par des engourdissements, des fourmillements aux doigts, phénomènes qui peuvent augmenter graduellement pour arriver à une insensibilité complète.

Troubles de la vie de nutrition. Digestion. Il est des cas où la déglutition se trouve singulièrement gênée, ce qui dépend d'un défaut de contraction des muscles du pharynx. Quelquefois cette gêne de la déglutition est attribuée à une angine qui n'en finit pas. J'ai vu un cas dans lequel la gêne de la langue et du pharynx furent les premiers symptômes de la myélite. On m'a communiqué un autre cas dans lequel un individu frappé par un corps lourd à la partie supérieure de la colonne vertébrale fut pris de la paralysie de la langue et du pharynx.

La myélite peut déterminer des vomissements, elle peut s'accompagner aussi de constipation.

Désordres de la circulation. Dans les cas de myélite aiguë et étendue, il y a fièvre; la circulation reste intacte dans les cas d'inflammation légère et circonscrite. M. Serres a remarqué que dans certains cas il y avait des palpitations du cœur, qui pouvaient simuler un anévrisme. On voit des individus qui ont des syncopes continuelles.

Désordres de la respiration. L'inflammation de la moelle a une influence très-notable sur la respiration. Cette fonction sera troublée toutes les fois que l'inflammation est située à la portion de la moelle qui fournit des nerfs aux muscles de la respiration; les puissances mécaniques inspiratoires se trouvent alors anéanties. Il y a des cas où le diaphragme ne se contracte plus ou se contracte irrégulièrement, d'où production de hoquets continuels. Tous ces troubles mènent graduellement à l'asphyxie.

Désordres des sécrétions. Les sécrétions sont peu modifiées. La sueur peut manquer dans les parties paralysées, mais ce phénomène est loin d'être général. A une certaine période de la maladie l'émission de l'urine peut être empêchée.

Désordres des organes génitaux. Chez l'homme, on a plusieurs fois constaté une grande excitation des organes génitaux et une tendance au priapisme; ces faits viennent à l'appui des expériences des physiologistes qui ont produit ces phénomènes en irritant mécaniquement certaines parties de la moelle.

Dans les myélites chroniques, il y a au contraire affaiblissement de ces fonctions.

Chez la femme il existe quelques faits dignes d'attention; ainsi on a vu l'avortement survenir pendant une myélite; d'autres fois cette inflammation a produit l'inertie complète de l'utérus pendant l'accouchement. Mais ces phénomènes ne se reproduisent pas toujours, et l'on a vu la myélite exister sans qu'elle entraînât aucun de ces accidents.

Diagnostic. Il n'est pas toujours facile. Les vertèbres peuvent être malades sans lésion appréciable à l'extérieur et déterminer plusieurs symptômes de la myélite. Il y a des cas où tous les phénomènes fonctionnels de la myélite sont mentis, pour ainsi dire, par des altérations fonctionnelles de la moelle sans altération anatomique. J'ai vu des jeunes femmes hystériques, qui, un certain jour, ne pouvaient plus remuer les membres inférieurs; on pouvait croire à une altération de la moelle, mais un beau jour cette paralysie disparaissait. Et la paralysie saturnine dépend-elle d'une lésion de la moelle? M. Esquirol a cité un cas où il y avait paraplégie et où l'altération (c'était un cancer) résidait dans la partie antérieure des lobes cérébraux. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, le fait d'une femme paraplégique chez laquelle il n'existait d'autre altération qu'une grande friabilité des os et la destruction des cols du fémur.

Dans ces derniers temps on a désigné sous le nom d'*irritation spinale* un état morbide qui comprend une foule d'affections que l'on ne peut rattacher à aucune altération organique appréciable, et qui offre pour caractère une douleur déterminée par la pression sur le rachis, non dans le point où elle est exercée, mais sur des points plus ou moins éloignés. Nous empruntons à la *Gazette médicale* (2 mai 1835) l'analyse suivante d'un mémoire du docteur Griffin, sur ce sujet :

« On n'avait pas tenu compte jusqu'à ces deniers temps de ce symptôme particulier aux affections de la moelle, et même on peut dire qu'il avait été complétement passé sous silence par la plupart des observateurs. La douleur que détermine dans cette circonstance, et sur des points différents du corps, la pression exercée sur une partie de la colonne vertébrale, quelque légère que soit cette pression, varie suivant les cas. Les malades la rapportent habituellement aux parties où se rendent les nerfs dont les racines partent du point de la colonne vertébrale sur lequel s'exerce la compression. Cette douleur,

on la désigne sous le nom de douleur correspondante, pour la distinguer de celle qu'éprouvent quelques sujets sur la partie même du rachis sur laquelle on exerce la compression.

« La sensation déterminée par la pression sur un point du rachis dans une partie plus ou moins éloignée se présente sous la forme tantôt d'une céphalalgie frontale plus ou moins intense, tantôt d'une douleur aiguë sur d'autres parties du crâne ou dans les points où se distribue la cinquième paire. D'autres fois, elle affecte la forme de différentes affections des organes respiratoires ou du cœur : la syncope, les palpitations, une orthopnée subite ; ou bien elle offre la plupart des symptômes que l'on attribue à l'inflammation aiguë des divers organes contenus dans l'abdomen ; ou ceux qui appartiennent à la gastralgie, à l'entéralgie et aux autres affections nerveuses des mêmes régions.

« Selon que l'irritation spinale siége à la portion cervicale, dorsale ou lombaire, les symptômes varient. Ainsi pour la portion cervicale on observe de la céphalalgie, des douleurs névralgiques du front, des joues, de la face, des mamelles, du sternum, de l'épaule et du bras, la perte de la vue, des hallucinations, l'héméralopie, des vertiges, la surdité ou l'audition de bruits étranges dans les oreilles, le délire, la syncope.

« Ces symptômes s'observent quelquefois seuls, mais le plus souvent ils existent simultanément, sinon tous, au moins plusieurs à la fois.

« Les phénomènes morbides qui indiquent l'irritation spinale se rencontrent si fréquemment dans la pratique, que M. Griffin a cru devoir examiner tous les malades qui se présentaient au dispensaire, afin de s'assurer jusqu'à quel point on peut les considérer comme appartenant à une affection spéciale ; et le résultat de ces recherches fut qu'ils existent dans la plupart des affections que l'on regarde généralement comme nerveuses, et où on ne peut constater aucune lésion locale. On les retrouve en outre dans un certain nombre de cas d'une origine douteuse, et que l'on considère fréquemment comme dépendant d'une autre cause, tandis que réellement on ne peut les ranger que parmi les affections nerveuses ; c'est précisément sous ce rapport que ces recherches offrent une utilité pratique incontestable, puisqu'elles nous donnent un moyen, que l'on peut regarder comme certain, de rapporter à leur véritable origine des cas jusqu'ici douteux, et dans le traitement desquels le praticien commet presque nécessairement de graves erreurs.

« Les symptômes de l'irritation de la portion dorsale s'observent ordinairement aux extrémités supérieures et à la partie supérieure du tronc. Ce sont des douleurs, une diminution ou une perte de la sensibilité, des mouvements spasmodiques ou la paralysie. Les douleurs siégent aux clavicules, aux épaules, aux aisselles, aux bras, au sternum, etc. On observe aussi la sensation d'un serrement à l'épigastre ou autour de la poitrine, la diminution de la sensibilité sur les côtes ou à l'épigastre, la dyspnée, la paralysie partielle ou complète d'un bras, d'une main, ou des muscles respiratoires internes.

« La portion lombaire de la moelle épinière est, moins fréquemment que les deux précédentes, le siége de cette maladie. Les symptômes sont les mêmes, à l'exception qu'ils sont présentés par d'autres organes. Ainsi, les douleurs des parois abdominales, des reins, de la région de la vessie, de l'utérus ou de l'ovaire, des articulations des membres inférieurs, appartiennent à l'irritation de la partie inférieure de la moelle.

« Dans quelques cas l'irritation, au lieu d'être bornée à quelques vertèbres, occupe tout le rachis et est alors générale. Dans ces cas assez rares tout le corps est le siége de douleurs plus ou moins vives, et que l'on peut ou augmenter ou reproduire, suivant qu'elles sont diminuées seulement ou entièrement dissipées, en appuyant successivement sur chacune des vertèbres.

« Dans le plus grand nombre des cas, l'irritation spinale existe sans fièvre, mais il en est où elle est accompagnée d'une fièvre très-forte et qui peut alors faire prendre la maladie pour une inflammation du cerveau, des méninges, de la poitrine, du cœur, du péritoine, de l'utérus, etc., suivant le point de la moelle où sera l'irritation.

« En résumant les phénomènes propres à l'irritation spinale, on trouve 1° un défaut de rapport entre la douleur ou le trouble local et l'état général ; 2° l'augmentation de la douleur toutes les fois que le malade veut soulever un poids ; 3° douleur déterminée dans certaines parties par la pression sur les points correspondants du rachis ; 4° dispositions aux métastases. »

Tout cela est sans doute fort extraordinaire et demande à être vérifié.

Durée de la myélite. Elle est variable ; elle peut durer de quelques jours à quelques mois, et même à des années.

Terminaison. La myélite peu intense se termine toujours heureusement ; quand elle est intense, c'est une maladie grave dont la mort peut être le résultat par l'extension de la maladie au cerveau. Elle peut aussi déterminer l'asphyxie. On la voit se terminer par une maladie mortelle du cœur. Il peut se faire aussi que les malades s'affaiblissent graduellement, qu'un marasme progressif se déclare,

que des escarres se forment et que la mort arrive par épuisement.

Traitement. Le traitement de la myélite repose sur les mêmes bases que celui de l'encéphalite. Dans l'inflammation aiguë, on doit pratiquer de larges saignées, et faire des applications de sangsues le long de la colonne vertébrale. Dans la myélite chronique on doit employer les révulsifs, tels que moxas, vésicatoires, etc. On peut donner des douches sur la colonne vertébrale, et surtout ne pas négliger les révulsifs sur les voies digestives.

C. DE L'ANÉMIE DES CENTRES NERVEUX.

On doit entendre par anémie des centres nerveux, non la perte complète du sang d'une partie, mais seulement une grande diminution.

L'anémie des centres nerveux peut être liée à une anémie générale, survenue sous l'influence de l'épuisement qu'occasionnent les longues maladies, ou bien à celle qui provient d'hémorragies abondantes. Elle peut aussi succéder à quelques maladies aiguës, mais elle peut être idiopathique et coïncider même avec la congestion d'autres organes.

Dans les cas d'anémie, on trouve le cerveau pâle, décoloré, vide de sang. Les deux substances blanche et grise, ou l'une d'elles seulement et plus fréquemment la grise, peuvent présenter cet état en totalité ou en partie.

Cette anémie peut exister seule ou coïncider avec des lésions d'une autre nature, comme une fermeté insolite ou un ramollissement de la substance cérébrale.

Causes. Cette maladie s'observe surtout dans l'enfance, bien qu'on puisse la rencontrer à tout âge.

Comme nous l'avons déjà remarqué, les maladies chroniques et les fortes hémorragies peuvent la produire. Elle peut être la suite des fièvres typhoïdes, même de celles qui avaient présenté du délire ou des soubresauts des tendons.

Symptômes. On peut les provoquer en saignant abondamment un animal. L'anémie peut donner lieu à des convulsions, à des mouvements épileptiformes, et c'est aussi une chose bien digne de remarque que deux états aussi opposés du cerveau ; l'anémie et la congestion se traduisent par les mêmes désordres fonctionnels. L'anémie peut aussi donner lieu à un état comateux, soit primitif soit consécutif à un autre symptôme. Dans quelques cas cette affection s'est accompagnée de délire, comme M. Papavoine en a rapporté des exemples dans le *Journal hebdomadaire,* 1827.

Un homme adonné aux boissons alcooliques fut mis en prison, où pendant quelque temps il ne vécut que de pain et d'eau, il éprouva d'abord une grande faiblesse et il fut pris après d'un violent délire sans fièvre ; le médecin le remit peu à peu à l'usage des liqueurs alcooliques qui firent cesser graduellement tous les phénomènes.

L'anémie comme la diète prolongée, comme la chlorose, peut produire la dyspnée.

De quoi peuvent dépendre ces phénomènes fonctionnels ? Dans tout organe la diminution de la quantité de sang qu'il reçoit normalement produit des désordres fonctionnels, comme aussi l'augmentation dans cette quantité ; et, chose remarquable, ces désordres peuvent être pareils. Le cerveau ne se soustrait pas à cette loi pathologique. Et pour expliquer ces désordres, remarquons que la dichotomie brownienne est complétement insuffisante, car raisonnablement ils ne peuvent être attribués ni à un état d'hypersthénie, ni à un état d'asthénie. La science n'est pas encore assez avancée pour qu'on puisse donner une explication satisfaisante de ces phénomènes. Ce sont encore là de ces questions d'avenir auxquelles nous sommes si souvent forcés de demander la solution.

Le traitement doit être ici basé sur l'étude des commémoratifs et la connaissance des habitudes du malade. Ainsi chez les individus arrivés à une période très-avancée de la fièvre typhoïde, chez lesquels il n'y a plus de symptômes inflammatoires, mais bien persistance d'un état nerveux, vous n'emploierez plus les émissions sanguines qui aggraveraient le mal, mais vous rétablirez peu à peu l'équilibre en donnant des aliments avec précaution.

D. DE L'HÉMORRAGIE DES CENTRES NERVEUX.

Cette affection a été généralement désignée sous le nom d'*apoplexie.* Cette dénomination n'est pas en rapport avec l'état actuel de la science, et ne peut pas être considérée comme synonyme d'hémorragie cérébrale. L'apoplexie, en effet, constitue un groupe de symptômes qui peuvent se manifester sans qu'il y ait hémorragie, comme on le voit, par exemple, dans certains ramollissements ; et d'autre part une véritable hémorragie peut avoir lieu sans produire les phénomènes fonctionnels que les nosographes attribuent à l'apoplexie. Cette expression ne doit donc être considérée que comme un terme générique servant à désigner des désordres fonctionnels identiques, traduisant des désordres organiques variables par leur nature et par leur siége.

L'hémorragie est infiniment plus fréquente dans l'encéphale que dans tout autre organe. On a voulu expliquer la cause de cette fréquence par l'activité plus grande des centres nerveux ; mais le poumon, le cœur sont doués aussi d'une grande activité, et le premier de ces organes est certainement plus actif que le cerveau. Cette raison ne saurait donc être admise. On l'a aussi attribuée à la ténuité des

parois artérielles; elles manquent aussi de gaîne cellulaire dans le cerveau et dans la moelle. Cette raison paraît plus admissible. L'ossification des parois artérielles a été également considérée comme une des principales causes de l'hémorragie cérébrale.

Siége. L'hémorragie des centres nerveux peut avoir différents siéges. Voici leur ordre de fréquence :

1° Les hémisphères cérébraux. Il faut observer que dans ceux-ci mêmes les différentes parties qui les composent ne sont pas également frappées. Les points qui en sont plus spécialement affectés sont les couches optiques, les corps striés, et la partie des hémisphères cérébraux qui est située en dehors de ces corps et à leur niveau. Il peut arriver que les couches optiques ou le corps strié soient atteints isolément. Suivant les uns, les couches optiques sont plus spécialement le siége de l'hémorragie; suivant les autres, ce seraient les corps striés. En additionnant toutes les observations publiées sur ce sujet, on trouve que le nombre est à peu près égal de part et d'autre. L'hémorragie peut laisser ces deux corps intacts et atteindre les parties des hémisphères qui sont à leur niveau et en dehors. On observe l'hémorragie, mais plus rarement, au-dessus du centre ovale de Vieussens. L'hémorragie peut affecter les circonvolutions, la substance grise ou la substance blanche.

L'hémorragie périphérique ou des circonvolutions est plus commune dans l'âge adulte; aux autres âges, l'hémorragie est plus fréquente dans les parties profondes. M. Bouchet croit que chez les vieillards les hémorragies sont passives et qu'elles affectent plus spécialement les veines qui se laissent facilement dilater. Cette disposition morbide n'existe pas chez les adultes qui sont plus communément affectés d'hémorragies superficielles. S'il est vrai que l'intelligence réside plus spécialement dans les circonvolutions, on pourrait encore concevoir pourquoi les hémorragies sont plus fréquentes chez les adultes dans les parties superficielles (Bouchet, Thèse n° 2, 1827).

2° La protubérance annulaire peut-être le siége de l'hémorragie. Il est problable même que c'est la partie le plus souvent affectée après les hémisphères cérébraux. On a quelquefois rencontré l'épanchement sanguin dans les prolongements qui vont aux hémisphères cérébraux ou au cervelet. Cette affection est rare dans le *septum lucidum* et dans la voûte à trois piliers; elle est rare aussi dans les ventricules. M. Montault en a observé un cas dans le quatrième ventricule.

3° Le cervelet est plus rarement que le cerveau le siége de l'hémorragie. C'est dans les lobes latéraux de cet organe, ou dans le lobe médian qu'elle a été principalement observée.

4° La moelle épinière dans toute son étendue n'en est pas exempte (1).

Quand l'hémorragie siége dans les ventricules, il est très-rare qu'elle ne soit pas produite par le déchirement des parties nerveuses voisines. Aussi les auteurs anciens qui ont rapporté des observations d'aploplexie dans les ventricules ne peuvent-ils être consultés qu'avec une certaine défiance, parce qu'ils n'ont pas tenu compte de cette circonstance. Je ferai la même observation au sujet des épanchements sanguins des membranes qui environnent le cerveau (apoplexie méningée de M. Serres). C'est une maladie extrêmement rare, et souvent en examinant attentivement le cerveau on trouve du sang épanché dans sa pulpe, qui a transsudé à travers les membranes.

Grandeur des hémorragies. Elle est très-variable. Quelquefois les foyers hémorragiques sont très-petits, à peine du volume d'une tête d'épingle, quelquefois au contraire formant de vastes cavernes au sein des hémisphères cérébraux.

Leur *nombre* est aussi variable. Il peut n'exister qu'une seule hémorragie. On peut en trouver plusieurs, et ce cas est commun quand les épanchements sont petits.

Un homme fut apporté à la Charité, après être tombé d'un troisième étage. Il succomba aux accidents dits de la commotion. A l'autopsie, le cerveau parut d'abord sain, mais en le coupant, je trouvai plusieurs douzaines de petites cavités qui contenaient du sang coagulé ou liquide. Dance a publié dans les *Archives de Médecine*, t. XXVIII, p. 325, un très-bon mémoire sur les hémorragies disséminées.

Lorsqu'il existe plusieurs épanchements, ils peuvent être de même date ou d'époques différentes. Ce second cas est le plus commun. Il y a cependant des cas où cinq ou six épanchements se sont produits en même temps, sans que leur production fût liée à une violence extérieure.

Ordinairement les épanchements sont indépendants les uns des autres et ne communiquent pas entre eux. Ainsi dans quelques cas d'hémorragie du cervelet, il peut se faire qu'il existe cinq ou six petits épanchements dans les hémisphères cérébraux. Cette circonstance offre de grandes difficultés dans l'étude des symptômes de l'hémorragie des centres nerveux, et surtout de celle du cervelet.

Aspect et consistance du sang. Le sang que l'on trouve épanché dans les centres ner-

(1) M. Grisolle vient d'en publier une observation très-remarquable dans le *Journal hebdomadaire*, n° 3, 1836. A. L.

veux n'a pas le même aspect aux différentes périodes de la maladie. D'abord liquide et noir, il prend bientôt la consistance de la gelée de groseille, pour se solidifier de plus en plus jusqu'à ce que s'opère un travail de résorption

Source de l'hémorragie. Le sang n'a pas toujours la même source; il peut provenir, soit de la rupture d'un vaisseau volumineux, soit par exhalation des capillaires, sans déchirure d'aucun vaisseau considérable.

Le sang épanché peut rester dans le même état, ou augmenter de quantité.

Il peut être résorbé, et c'est ce travail remarquable de résorption que le médecin peut tout au plus favoriser, mais qu'il n'est pas en son pouvoir de provoquer. Plus ou moins longtemps après l'épanchement un kyste se produit, le sang est entouré par une membrane cellulaire, dont la paroi interne exhale de la sérosité, qui se mêle au sang, le divise en petits caillots et en favorise la résorption. Le sang disparaît peu à peu, et il arrive un moment où l'on ne trouve plus dans le kyste qu'un peu de sérosité exhalée, et des brides celluleuses, allant d'une paroi à l'autre.

Tel est le premier phénomène, qui constitue la guérison de l'hémorragie cérébrale. Mais le travail de la nature ne s'arrête pas là; et le sang une fois résorbé, il se fait un nouveau travail, qui a pour but de faire disparaître le kyste. Celui-ci s'efface de plus en plus, disparaît, et l'on ne trouve bientôt plus à sa place qu'une cicatrice linéaire remarquable par sa blancheur.

Ce travail d'absorption et de cicatrisation a pu être suivi dans toutes ses phases. Déjà Bonnet, Wepfer, Morgagni surtout, avaient entrevu la marche de cette cicatrisation; mais c'est aux travaux plus récents des médecins modernes, que l'on doit les connaissances plus précises sur ce sujet.

Suivant M. Foville, l'hémorragie cérébrale pourrait s'opérer par deux modes différents. On sait que, d'après cet observateur, la pulpe du cerveau peut être déployée de manière à faire voir qu'elle est formée de couches superposées. M. Foville prétend que l'hémorragie peut se faire soit au milieu de la pulpe nerveuse déchirée, soit dans l'écartement des couches ou plans dont le cerveau serait composé. Dans le premier cas, la guérison sera beaucoup plus longue et plus difficile que dans le deuxième. Elle a même été niée par M. Foville, tandis qu'elle est admise par M. Serres. Il est important de s'entendre sur ce point. Si l'on admet que la substance cérébrale se reproduit, nous croyons qu'on se trompe ; mais si l'on dit seulement qu'il y a union des parties au moyen d'un autre tissu, la chose est vraie.

Nous avons encore observé un autre mode de terminaison de l'hémorragie cérébrale. Ainsi nous avons trouvé une masse d'un blanc rouge parcourue par des vaisseaux, ressemblant à un tissu accidentel. Au premier aspect on eût dit un tissu encéphaloïde. En l'examinant avec soin, on voyait que c'était une masse fibreuse vasculaire qui était le résultat d'un ancien caillot sanguin. Les individus chez lesquels on avait trouvé cette disposition avaient présenté les symptômes d'une apoplexie et étaient restés hémiplégiques. On peut concevoir que cette masse spongieuse puisse donner lieu plus tard à des produits accidentels.

L'époque à laquelle ces modes de terminaison ont lieu est variable. On peut admettre en général qu'au bout de cinq à six mois après l'épanchement, on trouvera opéré le travail cicatrisateur. Mais quelquefois on trouve le kyste existant encore une ou plusieurs années après que l'hémorragie a eu lieu.

État pathologique des parties solides, soit dans le foyer, soit autour du foyer. 1° *Vaisseaux.* Ils peuvent rester sains, ou être le siége d'altérations diverses. Ainsi on a trouvé les vaisseaux cérébraux parsemés de plaques stéatomateuses, cartilagineuses ou osseuses. Ces altérations jouent certainement un grand rôle dans la production des hémorragies cérébrales chez les vieillards. Souvent les vaisseaux présentent une friabilité remarquable. On peut les trouver rompus, soit dans le foyer hémorragique, soit loin du foyer. M. Michelin a observé un épanchement sanguin dans une des couches optiques. En examinant cette partie avec soin, il y découvrit un canal qu'il suivit jusqu'aux artères choroïdiennes, dont l'une s'était rompue. Là, existait un épanchement de sang considérable. On a observé des vaisseaux ouverts à la périphérie du cerveau. On a noté la déchirure de l'artère basilaire. M. Serres a vu celle de l'artère communicante de Willis. M. Moulin a rencontré la déchirure d'une des artères cérébelleuses inférieures.

2° *Pulpe nerveuse au milieu du sang.* Il peut arriver qu'on ne trouve aucune trace de la substance nerveuse au milieu du foyer. Elle peut, au contraire, exister, mais déchirée, broyée, réduite en une pulpe rougeâtre. A la place de la pulpe nerveuse, on trouve le canevas cellulo-vasculaire très-bien disséqué.

Cet état de ramollissement de la pulpe nerveuse peut avoir précédé l'hémorragie, ce qui se prouve par l'examen des symptômes et par l'examen des lésions anatomiques. Dans certains ramollissements, en effet vous apercevrez des points rouges, ce sont des origines de vaisseaux ; des parties rouges plus larges, ce sont de vrais épanchements, et enfin des épanchements beaucoup plus considérables.

— *Autour des foyers hémorragiques.* La pulpe nerveuse peut rester à l'état normal ; le plus ordinairement elle présente des altéra-

tions. La plus commune est une couleur anormale, sans changement de densité. La substance cérébrale peut être d'un rouge clair, foncé, amaranthe, violacé. Ce changement de couleur peut tenir à trois causes : à une injection fine, à de petits épanchements de sang plus ou moins multipliés, à une coloration par simple imbibition.

Il peut arriver que l'on trouve le foyer hémorragique environné d'une pulpe nerveuse ramollie. Ce ramollissement peut être rouge, jaune, blanc ; il peut se former avant l'hémorragie, M. Lallemand l'a prouvé, avec elle, quelquefois plus tard. Il est fort important de reconnaître ces ramollissements consécutifs, ils ont souvent causé la mort.

Autour du foyer, la pulpe nerveuse peut être indurée.

Enfin il peut arriver que l'inflammation s'en empare, et qu'un abcès vienne à s'y manifester.

— *Loin du foyer.* La pulpe nerveuse peut être injectée, hypérémiée. La congestion peut être générale. Il peut y avoir un état de turgescence sanguine de la masse encéphalique. Cette turgescence existe dans les premiers moments de l'hémorragie, et c'est probablement lorsqu'elle cesse que l'intelligence se rétablit.

Le reste de la masse nerveuse peut être influencé d'une autre manière. Ainsi le sang peut pénétrer dans un ventricule, passer dans un autre à travers une déchirure de la cloison transparente, comprimer l'hémisphère sain, gêner ou arrêter ses fonctions.

Tous ces faits ne sont pas sans importance, car souvent les symptômes d'apoplexie dépendent moins de l'hémorragie elle-même, que de la congestion, par exemple.

3° *État des membranes encéphaliques.* Elles peuvent n'avoir subi aucune altération, ou bien être injectées, infiltrées de sang. La membrane fine qui tapisse les ventricules peut exhaler en plus ou moins grande abondance une sérosité rougeâtre.

De l'état sain ou malade des membranes résulteront pareillement des symptômes variés.

Voyez de quelle importance il est d'avoir une connaissance complète des altérations anatomiques qu'on observe dans les hémorragies des centres nerveux, pour bien apprécier les symptômes qu'elles présentent !

Causes. Les causes qui produisent l'hémorragie des centres nerveux sont à peu près les mêmes que celles qui produisent les congestions. Ajoutons seulement quelques remarques qui pourront éclairer l'étiologie de ces affections.

Influences de la température. Les hémorragies cérébrales sont-elles plus fréquentes dans une saison que dans une autre ? D'après des relevés, il est prouvé qu'à Paris elles sont plus fréquentes en hiver que dans toute autre saison. Sur un relevé de 177 cas, j'ai trouvé que 60 avaient eu lieu en hiver, 42 au printemps, 40 en automne, et 35 en été. On voit que ces résultats sont conformes à ceux que nous ont fournis les congestions cérébrales.

On a recherché si la fréquence des hémorragies cérébrales était plus grande à certaines époques et pendant certaines années. Batteman rapporte que pendant le dix-huitième siècle, à Londres, les hémorragies cérébrales ont été de plus en plus fréquentes. Ainsi, il y eut 157 hémorragies la première année du siècle, 260 au milieu, et 300 à la fin. On observera en même temps que certaines affections augmentaient, et que certaines autres diminuaient de fréquence. La phthisie pulmonaire, qui avait donné 5,000 morts par an au commencement du siècle, en fournissait 3,000 au milieu. L'aliénation mentale, au contraire, avait été en augmentant. M. Falret a présenté un travail statistique fort étendu sur le nombre d'hémorragies cérébrales observées à Paris depuis le 1er janvier 1794 jusqu'au 31 décembre 1825. Il a trouvé que dans cette période de trente ans, il y avait et 2,297 apoplexies. Ces trente annnées divisées en périodes de dix ans, ont donné les résultats suivants : 1re période, de janvier 1794 à décembre 1803, 399 cas ; 2e période, de janvier 1804 à décembre 1813, 979 cas ; 3e période, de janvier 1814 à décembre 1832, 919 cas.

Influences des ingesta. Il est sans aucun doute que l'abus des boissons alcooliques et des aliments trop excitants, que l'opium, etc., prédisposent aux hémorragies cérébrales. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit au sujet des congestions.

Influences des percepta. Les vives émotions de l'âme et les fortes perturbations morales peuvent produire l'hémorragie cérébrale. Il en est de même des fortes douleurs. Portal rapporte qu'un individu fut frappé d'hémorragie pendant qu'on l'opérait de la pierre. Remarquons cependant que ces causes sont plus favorables à la production de simples congestions, qu'à celle des véritables hémorragies.

Influences de l'appareil digestif. Les diverses maladies de cet appareil n'ont d'influence sur la production des hémorragies, qu'autant qu'il existe une prédisposition.

Influences de l'appareil circulatoire. Nous avons vu que les désordres de cet appareil exercent une influence énergique sur la production des congestions. En est-il de même pour les hémorragies ? Quelques auteurs ont voulu faire jouer un grand rôle dans les apoplexies au rétrécissement de l'aorte au-dessous de sa crosse. Eh bien, sur quatre cas, connus dans la science, d'oblitération presque complète de l'aorte, dus à Astley Cooper, Cor-

visart, Leroux, et à M. Reynaud, sur un seul, celui de ce dernier observateur, on a pu observer des accidents du côté du cerveau. Il s'agissait d'un vieillard de quatre-vingt-douze ans, atteint depuis très-longtemps d'hémiplégie du côté droit. Cet individu avait souvent la tête chaude et pesante; les artères carotides battaient avec violence. A l'ouverture du corps on trouva dans le cerveau de nombreux foyers hémorragiques.

En opposition avec ce fait, nous citerons le cas observé par M. Cruveilhier, où une hémorragie cérébrale a coïncidé avec l'oblitération presque complète des artères carotides. Le sang n'arrivait au cerveau que par la vertébrale.

La circulation veineuse exerce sur l'hémorragie cérébrale la même influence que sur la congestion. Remarquons cependant que la gêne de la circulation produit plus fréquemment la congestion que l'hémorragie. On ne réussit pas facilement à produire l'hémorragie sur les animaux, par des ligatures qui empêchent le sang de revenir au cœur. M. Cruveilhier a vainement suspendu des animaux la tête en bas, l'hémorragie ne s'est point produite.

Le tempérament pléthorique y prédispose. Cependant l'hémorragie frappe aussi des individus faibles, même des individus qu'on vient de saigner.

L'état de pléthore qui accompagne la grossesse a été souvent accusé de produire l'hémorragie cérébrale; cependant ces cas sont rares, et ceux qui existent doivent être considérés plutôt comme une coïncidence que comme produits par cette pléthore. M. Ménière en a cité des exemples. Il a rapporté aussi le cas d'une hémorragie survenue pendant l'accouchement. Mais la femme qui fait le sujet de cette observation venait de faire une grande course avant l'accouchement; et cette circonstance peut n'avoir pas été sans influence sur la production de l'hémorragie.

Sexe. J. Frank dit d'une manière trop vague, que les hommes sont plus sujets à l'hémorragie que les femmes : *Inter decem apoplecticos, unam numerare soleo feminam,* dit-il. Le rapport serait, comme on le voit : : 9 : 1. Ces résultats nous paraissent entachés d'une exagération évidente. P. Frank a trouvé que sur 1,241 individus morts d'apoplexie à l'hospice de Vienne, de 1787 à 1804, il y avait 637 hommes et 604 femmes. Cependant, d'après le travail statistique de M. Falret, que nous avons déjà cité, cet observateur serait arrivé à des résultats analogues à ceux de J. Frank, puisque sur 2,297 cas, il a trouvé 1,670 hommes, et 627 femmes seulement.

Ages. Hippocrate avait déjà observé que cette affection a son maximum de fréquence après quarante ans. M. Falret, toujours d'après ses relevés statistiques, a trouvé que l'âge le plus exposé à l'hémorragie était celui qui est compris entre cinquante-cinq et soixante-cinq ans, puis entre quarante-cinq et cinquante-cinq, puis entre trente-cinq et quarante-cinq ans.

Sur un relevé de 69 cas, M. Rochoux est arrivé aux résultats suivants :

De 20 à 30 ans.	2 cas.
De 30 à 40	10
De 40 à 50	7
De 50 à 60	13
De 60 à 70	24
De 70 à 80	12
De 80 à 90	1
Total. . . .	69

De ces relevés, il résulte que la plus grande fréquence de l'hémorragie cérébrale se trouve entre 55 et 70 ans; qu'elle est assez rare avant 30 ans, assez rare aussi après 70 ans, plus rare encore avant 20 ans. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas sur un enfant de 12 ans, qui s'était exposé nu-tête à un soleil ardent. Un cas semblable a été observé sur un enfant de 7 ans qui, après avoir joué longtemps au soleil, eut ensuite un violent accès de colère pendant lequel il mourut. Chose remarquable et fort rare, l'hémorragie siégeait dans un des hémisphères du cervelet. M. Tonellé, médecin à Tours, a publié une observation d'hémorragie cérébrale sur un enfant de 2 ans, M. Durnet sur un enfant d'un an, M. Serres sur un enfant de trois mois, et M. Billard sur un enfant qui venait de naître.

Hérédité. Il est très-difficile dans les hôpitaux d'avoir des renseignements sur les parents des malades, surtout près des individus atteints de l'affection qui nous occupe. Voici cependant quelques cas assez curieux dont il faut bien se garder de tirer aucune loi générale. P. Frank cite le cas de deux frères qui moururent de cette affection après avoir donné le jour à huit enfants qui succombèrent à cette maladie. On a cité le cas de deux frères morts d'hémorragie, qui étaient issus d'un père mort apoplectique. Vous trouverez dans la collection des thèses de 1830, qu'un élève de cette école a eu sa grand'mère, sa mère, sa sœur, mortes de cette affection; qu'un de ses frères en avait été atteint, mais n'avait pas succombé; et qu'une sœur très-jeune avait eu une fièvre cérébrale.

Symptômes. Les symptômes de l'hémorragie des centres nerveux peuvent être divisés en quatre séries :

1° Symptômes précurseurs, tels qu'étourdissements, congestions, etc. C'est ce qu'on a appelé *effort hémorragique, molimen hemorrhagicum.* Ces phénomènes peuvent manquer complétement.

2° Symptômes fournis par l'épanchement sanguin lui-même; qu'il agisse en compri-

mant ou en déchirant la pulpe nerveuse; symptômes existant, soit au moment qu'il a lieu, soit après.

3° Symptômes fournis par les complications où les coïncidences, comme un ramollissement, une inflammation ou une congestion.

4° Enfin les symptômes qui traduisent les lésions consécutives à l'hémorragie, comme l'encéphalite, le ramollissement consécutif, etc.

Avant de passer à l'examen de ces symptômes, il importe de se demander si l'hémorragie des centres nerveux se traduit toujours par la manifestation des désordres fonctionnels? Dans l'immense majorité des cas on peut répondre affirmativement. Il existe cependant quelques cas ou l'hémorragie n'a donné lieu à aucun symptôme appréciable. M. Lenormand a observé dans le service de Laënnec, une femme âgée de trente ans, sur laquelle existait une véritable diathèse hémorragique, qui s'était manifestée par des hémorragies de la bouche, des fosses nasales, de l'utérus et de la peau. Cette femme succomba aux pertes excessives de sang qui lui avaient donné le teint jaune paille. A l'autopsie on trouva un épanchement énorme dans les deux hémisphères du cerveau. Chez cette femme on n'avait observé d'autres symptômes que l'affaiblissement qui accompagne toute hémorragie (Voy. *Journal hebdomadaire*, tome I).

Les symptômes peuvent porter sur la vie de relation, sur la vie de nutrition et sur la vie de génération.

Symptômes fournis par la vie de relation.

Les désordres fonctionnels de cette catégorie sont ceux de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence.

Troubles de la motilité. Paralysie. La paralysie existe dans presque tous les cas; il en est cependant où elle manque, nous en parlerons tout à l'heure. Quand cette lésion survient tout à coup et qu'elle persiste quelque temps, elle est un symptôme caractéristique de l'hémorragie; mais pour qu'elle soit considérée comme un symptôme pathognomonique, il ne suffit pas qu'elle existe, et qu'elle soit arrivée brusquement, il faut encore qu'elle persiste.

Nous avons dit que la paralysie pouvait manquer. Nous avons déjà vu le cas cité par M. Lenormand dans lequel non-seulement la paralysie n'existait pas, mais qui ne présenta même aucun symptôme appréciable. M. Secrétin a cité dans sa thèse (1827), une observation dans laquelle il s'agit d'un individu qui succomba sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. A l'autopsie, on trouva un caillot du volume d'un œuf de poule à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit.

Nous ne connaissons que ces deux cas dans la science d'hémorragie cérébrale sans paralysie.

La paralysie une fois produite ne peut pas rester toujours semblable à elle-même. On l'a vue quelquefois intermittente quoique l'hémorragie eût persisté.

Tous ces cas doivent être considérés comme exceptionnels, car, en général, la paralysie ne cesse qu'avec la résorption du sang.

La paralysie apparaît au moment même de l'épanchement sanguin, et acquiert tout à coup une grande intensité. Si une nouvelle hémorragie s'ajoute à la première, la paralysie augmente.

Elle peut rester stationnaire, avoir des alternatives d'augmentation et de diminution, éprouver une diminution constante et graduelle.

Il peut arriver qu'on n'observe au début qu'un peu de faiblesse, qu'un très-léger engourdissement, une simple pesanteur dans les membres. On voit des individus, par exemple, qui ne peuvent serrer avec force les objets; qui laissent tomber leur canne ou ce qu'ils tiennent dans leur main; ces phénomènes constituent le plus faible degré de la paralysie. Plus tard les mouvements sont plus difficiles, jusqu'à ce qu'arrive l'impossibilité complète du mouvement.

La paralysie ou la simple diminution de la contraction musculaire peuvent n'avoir été précédées d'aucun autre désordre. D'autres troubles de la motilité, comme des convulsions, de la contracture, peuvent être observés, se liant plutôt à une lésion qui aura précédé l'hémorragie qu'à cette hémorragie même.

La paralysie, phénomène fonctionnel qui traduit l'hémorragie, est non-seulement variable par son intensité, mais encore par les siéges différents qu'elle peut présenter et qui sont en rapport avec les parties de l'encéphale où l'épanchement a eu lieu. Aussi sous le point de vue de la paralysie, il importe d'étudier l'hémorragie :

1° Des hémisphères cérébraux;
2° Du mésocéphale;
3° Du cervelet;
4° Des différentes portions de la moelle.

1° *Paralysie résultant de l'hémorragie des hémisphères cérébraux.* Elle peut être générale ou partielle. Elle est générale quand elle occupe les deux côtés du corps à la fois, et nous ne parlons ici que de la paralysie des membres; nous reviendrons plus tard sur celle des autres parties.

Cette paralysie générale a lieu, 1° quand il existe un épanchement dans chacun des hémisphères; 2° quand un seul hémisphère a été frappé d'hémorragie, mais si considérable que l'interruption du sang a été assez forte pour détruire la substance nerveuse jusqu'au

ventricule correspondant, pénétrer dans ce ventricule, opérer la rupture du *septum lucidum* et exercer une forte compression sur l'hémisphère opposé; 3° quand l'hémorragie, quoique bornée à un seul hémisphère, et n'agissant plus en pénétrant dans les ventricules, est néanmoins assez considérable pour comprimer les parties opposées du cerveau.

Quand cette paralysie double existe, les quatre membres soulevés retombent comme des masses inertes et restent en sidération.

Elle peut durer ainsi jusqu'à la mort; elle peut se transformer en simple hémiplégie, ce qui se rencontre surtout dans le troisième cas d'hémorragie que nous avons admis.

Souvenons-nous d'ailleurs que la paralysie générale est bien plus fréquemment le symptôme d'une congestion que de l'hémorragie. A celle-ci appartient plus spécialement l'hémiplégie. C'est cette hémiplégie ou paralysie d'un seul côté qui, arrivant tout à coup et persistant, devient le symptôme caractéristique de l'hémorragie cérébrale. Disons aussi que les cas d'hémiplégie sont de beaucoup les plus fréquents.

Il est ordinaire que les deux membres du même côté soient frappés de paralysie; il peut se faire cependant qu'il n'y en ait qu'un seul.

Dans les cas d'hémiplégie, il est très-fréquent d'observer la paralysie de la face du côté correspondant. La bouche dans ce cas est déviée du côté non paralysé et cela tient au défaut d'antagonisme des muscles paralysés.

L'hémiplégie attaque le côté du corps opposé au siége de l'épanchement; en d'autres termes, la paralysie est croisée. Il n'y a exception que pour la langue, exception sur laquelle nous reviendrons.

Ici se présente une grande question, quelle est la cause de ce croisement de la paralysie? L'anatomie seule pouvait répondre, et naturellement on chercha à expliquer ce phénomène par l'entrecroisement des fibres à la partie supérieure de la moelle. Cette explication a été généralement admise. Mais dans l'anatomie nous trouvons aussi un fait capital qui vient se jeter à l'encontre de cette explication. La face, en effet, se paralyse du même côté que les membres. Or, l'anatomie nous apprend que la septième paire qui distribue le mouvement à la face, naît de la moelle au-dessus de l'entre-croisement, et les dissections les plus fines n'ont pu suivre aucune fibre de ce nerf au-dessous de cet entre-croisement. Pour la face donc, la paralysie devrait exister du même côté que l'épanchement, d'après l'explication de l'entre-croisement des fibres, et c'est ce qui n'a pas lieu. Cette théorie reçoit donc de ce fait une grave atteinte.

On peut cependant considérer comme une loi générale le fait de la paralysie croisée dans l'hémorragie cérébrale, tout en reconnaissant que l'explication de cette loi est encore à chercher.

Existe-t-il des exceptions à cette loi générale? Oui. Nous trouvons dans les annales de la science quelques faits qui semblent lui porter un démenti. Ils sont au nombre de seize, dont quatorze ont été publiés et deux sont encore inédits. Voyons, par une rapide analyse, ceux qui se présentent avec toute l'authenticité désirable et ceux qui, manquant de détails assez circonstanciés, ne portent aucune atteinte à la loi générale.

1er *Fait.* Il est fort ancien et se trouve dans le *Sepulchretum* de Bonnet. Un homme, dit-il, reçut un coup sur la tempe gauche; il fut atteint d'une paralysie à droite; à l'autopsie on trouva un épanchement à droite.

En vérité, ce fait n'a pas une grande valeur; l'observateur ne dit rien du côté gauche et il peut bien se faire que la violence extérieure qui avait agi directement sur ce côté eût déterminé des altérations qui auraient pu rendre compte de la paralysie opposée.

2e *Fait.* Il se trouve dans Forestus (*livre* x, *chap.* 12.) Celui-ci est plus important. Il s'agit d'un enfant de deux ans, qui avait présenté une hémiplégie droite et chez lequel on trouva un ramollissement de l'hémisphère droit.

Remarquons qu'à l'époque où écrivait Forestus, dont les observations sont trop peu lues, la loi du croisement de la paralysie avait déjà fixé l'attention, que Forestus dit positivement qu'on chercha avec soin si quelque altération n'existait pas du côté opposé, et que l'observateur affirme qu'on n'en rencontra aucune trace.

Observons aussi que Forestus parle d'un ramollissement, ce qui prouve que cette altération ne lui était pas inconnue.

Nous ne prendrons pas d'ailleurs dans les observations que nous allons citer, celle qui sont seulement relatives à l'hémorragie. Nous passerons en revue tous les cas de paralysie directe, quelle que soit l'altération qui se sera traduite par ce symptôme.

3e *Fait.* Il se trouve dans Morgagni, qui le rapporte d'après ouï-dire. Un individu, âgé de soixante-dix ans, fut subitement frappé d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite. Le malade succomba, et à l'autopsie on trouva un épanchement de sang dans les deux ventricules et un peu d'érosion dans la couche optique droite.

Morgagni ne rapporte pas ce fait avec la précision qui le caractérise. Cette observation est vague, et l'on s'aperçoit aisément que l'observateur n'a pas vu par lui-même.

4e *Fait.* Il est dû à Brunner qui l'a consigné dans les *Actes des Curieux de la nature.* Une femme de quarante-sept ans succomba tout à coup à une apoplexie, après avoir pré-

senté une paralysie à droite, dont elle était atteinte depuis quatre ans. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin, car Brunner était un observateur fort exact. Il trouva et il décrivit des kystes apoplectiformes anciens dans l'hémisphère droit du cerveau. A côté de ces kystes anciens était un caillot récent, lésion à laquelle cette femme avait succombé.

Cette observation est très-complète, l'hémisphère gauche fut soigneusement examiné, on n'y trouva aucune altération.

5e *Fait.* Morgagni rapporte, dans sa cinquante-septième lettre, qu'une femme âgée succomba après avoir présenté une paralysie droite. A l'ouverture du cadavre, on trouva un ramollissement dans l'hémisphère cérébral droit.

Morgagni a vu ce fait lui-même, il ne se borne pas à décrire la lésion qu'il a trouvée, il décrit encore l'état dans lequel se trouvait le reste de l'encéphale; le côté gauche du cerveau ne présentait absolument rien.

6e *Fait.* Appartient encore à Morgagni qui le raconte dans sa treizième lettre. Une femme de vingt-quatre ans, fut atteinte d'apoplexie avec hémiplégie droite. Après sa mort, on trouva un caillot de sang au niveau et en dehors du corps strié droit. Morgagni, averti par ses élèves, ne s'en rapporte pas à ce qu'ils lui disent, il va voir lui-même, et ce n'est qu'après avoir bien constaté cette observation qu'il la consigne dans son livre en témoignant l'étonnement qu'elle lui cause.

Les faits suivants appartiennent à des observateurs modernes.

7e *Fait.* Il a été publié par M. Bayle dans la *Revue Médicale*, 1824, tom. 1er. La paralysie avait eu lieu à gauche et l'autopsie ne démontra d'autre altération qu'un ramollissement de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche.

8e *Fait.* Appartient à M. Rostan, *Traité du ramollissement du cerveau, vingt-neuvième observation.* Une femme, âgée de quatre-vingt-quatre ans, avait eu une hémiplégie droite; à l'ouverture on trouva un épanchement ancien avec ramollissement de la partie inférieure du lobe postérieur droit.

9e *Fait.* Il est rapporté par M. Leuret dans le *Journal des Progrès.* Ce fait est complexe. Un individu avait le bras droit paralysé et contracturé. Le bras gauche était exempt de toute lésion du mouvement. Il succombe, et à l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit un ramollissement de la grosseur d'une noix, et à gauche un petit ramollissement de la grosseur d'une lentille. Ce cas n'est donc pas tout à fait concluant, car le ramollissement du côté droit peut avoir été chronique, et celui du côté opposé aigu. Or, on sait la grande influence que l'acuité de la maladie a sur la paralysie.

10e *Fait.* Winmeyer raconte que sur un individu qui avait été atteint de paralysie gauche, on trouva un kyste ancien dans le lobe antérieur gauche. L'observateur ne parle pas avec assez de détails des recherches faites dans le côté opposé. Cette observation est incomplète.

11e et 12e *Faits.* Ils sont rapportés par M. Blandin, et se trouvent dans les notes qu'il a ajoutées à Bichat. Ils concernent deux vieillards morts à Bicêtre, ayant présenté un épanchement dans le lobe postérieur de l'hémisphère du côté où avait existé la paralysie. Dans ces cas, la paralysie directe serait moins difficile à expliquer, s'il est vrai, comme quelques anatomistes le soutiennent, que ce lobe reçoive ses fibres d'une partie de la moelle où l'entre-croisement n'existe pas.

13e *Fait.* Encore inédit. Il nous a été raconté par M. Cruveilhier, qui l'a observé récemment. La paralysie existait du même côté que la lésion cérébrale.

14e et 15e *Faits.* Sont rapportés par M. De Chambre, qui les a recueillis à la Salpêtrière. Ces deux observations sont très-complètes. Elles sont relatives à des ramollissements cérébraux du côté droit, ayant déterminé la paralysie des membres correspondants.

16e *Fait.* Il a été présenté par M. Fournet à la Société anatomique et n'a pas encore été publié.

Nous n'avons jamais rencontré des faits semblables, mais nous admettons ceux que nous venons de présenter. Il faut donc reconnaître que dans l'état actuel de la science, par quelques circonstances qui nous échappent, mais qui ne peuvent être qu'anatomiques, la paralysie peut avoir lieu du même côté que la lésion anatomique.

La paralysie a lieu le plus souvent dans les deux membres à la fois; elle peut avoir la même intensité dans l'un que dans l'autre, ou y exister à des degrés différents. Il peut n'y avoir qu'un seul membre paralysé et le plus ordinairement alors c'est le supérieur. En générale, l'hémorragie du membre inférieur est moins complète et moins tenace que celle du membre supérieur.

Quand l'hémorragie n'affecte qu'un seul membre, le supérieur ou l'inférieur, peut-on préciser le siége de l'hémorragie? Cette question a beaucoup occupé les observateurs modernes et a fait le sujet de travaux intéressants de MM. Serres, Rostan, Bouillaud, Pinel-Grandchamp, Foville, etc.

Quelques auteurs ont admis qu'il n'y avait hémiplégie complète que lorsque l'hémorragie était dans la partie moyenne du lobe du côté opposé; que lorsque le membre abdominal était paralysé, c'était le corps strié qui était le siége de l'altération, et que c'était la couche optique dans la paralysie du mem-

bre thoracique. Telle est l'opinion de MM. Foville, Pinel-Grandchamp et Serres. La question serait résolue d'après les observations rapportées à l'appui de cette opinion, si dix ou douze faits étaient suffisants pour établir une théorie.

Vous trouverez dans la *Clinique médicale*, tome v, l'analyse de soixante-quinze cas dans lesquels l'hémorragie a été bien circonscrite. En voici le résultat :

Dans quarante cas d'hémiplégie, vingt-une fois l'altération était limitée au corps strié ou s'étendait à la substance cérébrale placée audevant. Dix-neuf fois l'altération siégeait dans la couche optique, ou envahissait la pulpe nerveuse située en arrière de ce ganglion.

De ces quarante cas, on peut tirer la conséquence que l'altération des corps striés et des couches optiques a indifféremment déterminé l'altération des mouvements des membres supérieurs ou des membres inférieurs.

Dans vingt-trois cas, le membre supérieur seul a été paralysé. D'après la théorie l'altération devrait siéger seulement dans la partie postérieure des hémisphères. En a-t-il été ainsi? Dans deux cas, la lésion existait dans le lobe moyen du cerveau; dans onze autres, la partie antérieure du cerveau fut seule lésée; dans dix autres enfin, l'altération siégeait dans la couche optique.

Ainsi dans cette seconde catégorie l'expérience démontre autant de faits pour que contre la théorie.

Enfin, dans douze cas, le membre inférieur seul a été paralysé. L'altération a siégé dix fois dans le lobule antérieur ou dans la couche optique.

On voit que pour cette dernière série les faits sont plus d'accord avec la théorie. Mais il suffit des deux cas où avec le même trouble du mouvement on a trouvé une altération différente pour qu'on ne puisse pas l'ériger en loi.

Quelles conclusions tirer de ces faits? S'il paraît très-rationnel d'admettre que des parties différentes du cerveau président aux mouvements du membre supérieur et du membre inférieur, puisque les fonctions de l'un étant abolies, les fonctions de l'autre peuvent rester intactes, il est néanmoins impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser dans la masse encéphalique les points qui commandent aux mouvements des diverses parties du corps. Si jusqu'ici les recherches n'ont point été suivies de résultats positifs, elles ont cependant leur degré d'utilité, ne serait-ce que celui d'empêcher de se fourvoyer (1).

Quand l'hémorragie a son siége dans les circonvolutions seules, y a-t-il paralysie? Dans une thèse soutenue en 1832, n° 133, par M. Fabre, on trouve l'observation d'un individu mort hémiplégique, et chez lequel, à l'autopsie, on trouva dans une des circonvolutions de la partie latérale externe et un peu postérieure de l'hémisphère gauche, un petit caillot du volume d'un œuf de moineau : le reste de l'encéphale était parfaitement intact. M. Lallemand rapporte trois faits de ce genre (Lettre première, p. 63, Lettre deuxième, p. 106 et 151). Nous avons observé nous-même quelques cas analogues et tous ces faits se présentent comme une objection puissante à l'opinion qui place le siége des mouvements dans la substance blanche centrale. Cependant on a vu souvent la paralysie manquer lorsque la lésion des circonvolutions était chronique et bornée exactement à la substance grise; d'où l'on pourrait tirer cette conclusion, que si dans les affections aiguës la paralysie a eu lieu, c'est que la pulpe centrale avait été le siége d'une irritation plus ou moins vive. Dans le cas de M. Fabre, cependant, l'altération était ancienne.

Nous venons de passer en revue tout ce qui concerne la paralysie qui est sous l'influence d'une altération dans les hémisphères; mais cette partie de l'encéphale peut rester complétement intacte, la paralysie ayant lieu cependant.

L'hémorragie est-elle dans le *mésocéphale?* On peut admettre comme fait le plus général, que les quatre membres sont paralysés. Malheureusement, dans notre science, se présentent toujours des exceptions qui viennent infirmer toute la loi générale. Ainsi on a vu l'hémiplégie seulement être produite par une hémorragie du mésocéphale. Ces faits sont rares à la vérité, et l'anatomie peut même rendre compte de ces anomalies, puisque l'hémiplégie s'était produite quand l'hémorragie siégeait dans un des côtés du mésocéphale.

L'hémorragie du *cervelet* donne lieu à considérer deux questions : 1° cette hémorragie produit-elle la paralysie? 2° de quel côté l'observe-t-on quand elle existe?

Disons d'abord que les hémorragies du cervelet ne sont pas très-communes. Nous n'en connaissons que trente-deux cas publiés jusqu'ici.

Ces questions sont très-difficiles à résoudre, et cette difficulté dépend de l'obscurité qui environne encore les fonctions du cervelet, malgré toutes les discussions soulevées par ce point de physiologie. *A priori*, et d'après les faits anatomiques, on devrait admettre que la lésion du mouvement existe du côté de la lésion organique, car les corps rectiformes qui concourent à former le cervelet, ne s'entre-croisent pas comme les pyramides antérieures.

(1) Ajoutons que la méthode numérique présente certainement ici d'incontestables avantages, et qu'à elle seule peut être demandée la solution de ces problèmes. A. L.

Eh bien, cette opinion, appuyée sur la disposition anatomique de l'entre-croisement des fibres, déjà ébranlée au sujet de la face, reçoit ici un nouvel échec; car dans l'hémorragie du cervelet, la paralysie est croisée, comme dans l'hémorragie du cerveau.

De l'examen des faits publiés, il résulte que (1) :

Douze cas manquent de détails suffisants pour dire s'il y avait ou non paralysie.

Sur ces douze cas, 7 fois la lésion existait dans le lobe médian ;

3 fois dans un des lobes latéraux ;

2 fois dans les lobes latéraux.

Sur ces faits, 6 appartiennent à M. Serres (*Anatomie du cerveau*, tome II);

1 à Dance (*Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë*) ;

1 à Sédillot (*Ancienne Bibliothèque médicale*) ;

1 se trouve dans la *Clinique médicale ;*

1 à Abercrombie ;

1 à M. Caffort ;

1 à M. Morgagni.

Dans vingt cas, l'existence ou l'absence d'une lésion du mouvement a été notée avec soin.

Dans trois cas seulement il y a eu absence de paralysie :

1er cas, publié par M. Bayle (*Revue médicale*, 1824, tome II);

2e cas, est dû à M. Michelet (*Thèse*, 1827, no 57) ;

3e cas, a été recueilli par M. Droullain (*Thèse*).

Dans dix-sept cas, la paralysie a été bien évidente et bien constatée, et sa forme a été l'hémiplégie.

Quant au siége de l'hémorragie; elle a eu lieu :

1 fois dans le lobe médian, Guyot (*Clinique des hôpitaux*, tome Ier, no 90);

16 fois dans un des lobes latéraux.

Sur ces seize cas, la paralysie était-elle directe ou croisée?

11 fois elle a été croisée; mais de ces 11 cas il faut en soustraire 2 où existait en même temps une hémorragie du lobe cérébral correspondant; ce qui réduit à 9 le nombre des cas dans lesquels la lésion existait isolément dans le cervelet.

Sur les 5 cas qui nous restent à examiner, et où la paralysie a été directe, il importe d'établir deux divisions, selon que le cervelet était seul lésé, ou bien selon que le cervelet étant altéré d'un côté, le cerveau l'était de l'autre.

Dans la première division nous ne trouvons qu'un seul cas, et encore n'est-il pas irréfragable. Il se trouve dans la thèse de M. Tavernier, soutenue en 1825. Un homme, dit M. Tavernier, fut frappé, en 1812, de paralysie complète des membres gauches et de perte de la parole; l'intelligence fut conservée. En 1820, le même individu fut atteint tout à coup de paralysie des membres droits, et mourut rapidement dans un état comateux. A l'autopsie on trouva dans le lobe cérébelleux gauche un ancien kyste apoplectique qui rendait raison de la paralysie gauche, qui datait de huit ans. Il importe de noter que c'est la femme du malade qui donna à M. Tavernier les renseignements sur la paralysie antérieure, et que cette femme a bien pu se tromper. Sans repousser entièrement ce fait, on doit dire qu'il n'a pas tous les caractères d'authenticité nécessaire aux observations sur lesquelles on veut fonder une théorie.

Dans la deuxième division se placent les cas où l'hémorragie a simultanémeut existé dans un des lobes latéraux du cervelet et dans un hémisphère cérébral.

Ces faits, au nombre de quatre, appartiennent :

1 à la thèse de M. Droullain ;

1 à M. Quesne, observé à Bicêtre;

1 à M. Rostan (*Traité du Ramollissement du cerveau*);

1 à la *Clinique médicale.*

Dans ces quatre cas, le mouvement est resté intact du côté opposé à la lésion du cervelet, et c'est la seule altération cérébrale qui a produit le trouble des mouvements. Or, d'après le raisonnement, les membres des deux côtés auraient dû être paralysés; car lorsque l'hémorragie est bornée à un des lobes du cervelet, la paralysie a lieu sur les membres du côté opposé. Nous verrons d'ailleurs que cette circonstance n'est pas propre aux hémorragies; nous la remarquerons encore en parlant de l'atrophie.

Les conclusions de tous ces faits ressortent naturellement de l'examen que nous venons d'en faire, et vous voyez combien nous avons raison de dire que la pathologie des centres nerveux est encore dans un état provisoire.

L'hémorragie de la *moelle épinière* peut aussi produire la paralysie. Dans le plus grand nombre des cas, la paralysie est double, et elle frappe les membres supérieurs ou inférieurs, selon que l'hémorragie est située aux parties supérieures ou inférieures de la moelle.

Notons que l'hémorragie des cordons antérieurs a quelquefois donné lieu à l'hémiplégie; que la paralysie a toujours été directe, et qu'elle s'est produite sous l'influence d'un

(1) Il nous est impossible de nous étendre autant que le professeur sur l'analyse de ces faits, car cette analyse se trouve dans le cinquième volume de la *Clinique médicale*, et nous ne pourrions la présenter ici sans nous exposer à reproduire ce qui se trouve dans cet excellent ouvrage. Nous ne pouvons que donner des résultats. A. L.

épanchement d'un seul côté des cordons antérieurs.

De la paralysie considérée sur d'autres points du corps que les membres. Ce que nous allons exposer s'applique surtout aux hémorragies du cerveau : celles des autres centres nerveux sont trop peu fréquentes pour avoir été suffisamment étudiées.

La paralysie des muscles de l'œil a été observée, mais rarement. Tous les muscles de l'œil ne se paralysent pas en même temps, parce que tous ne se contractent pas sous l'influence du même nerf. De là, le strabisme qu'on observe quelquefois dans les hémorragies cérébrales, qui est d'ailleurs moins fréquent dans cette maladie que dans d'autres affections du même organe. Nous avons observé la paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure, qui fut le seul symptôme précurseur de l'hémorragie, et qui la précéda de quinze jours.

La paralysie des muscles des joues s'observe toujours du même côté que la paralysie des membres; alors, par défaut d'antagonisme, les muscles non paralysés tirent du côté opposé à la paralysie la commissure des lèvres. Quand le muscle buccinateur est paralysé, si les malades respirent, la bouche fermée, ce muscle se distend, les lèvres de ce côté restent entr'ouvertes, l'air sort avec bruit, et on dit alors que les malades *fument la pipe.* La mastication est gênée, le bol alimentaire s'interpose entre les arcades dentaires et les joues, et le malade est obligé de le repousser avec les doigts.

Il existe des observations extrêmement rares où la paralysie de la face a été opposée à celle des membres; il faut admettre que, dans ces cas, il existait une double lésion.

Les mouvements de la langue peuvent ne présenter aucune altération; ces cas ne sont pas très-rares. Ainsi l'hémiplégie peut être complète et s'étendre à la face sans que les mouvements de la langue soient aucunement troublés. Dans d'autres circonstances, ils sont complétement abolis. Si l'on veut faire tirer la langue au malade, il éprouve une impossibilité absolue. Quelquefois, après de grands efforts, elle est projetée en avant avec violence.

Dans cet état, l'articulation des mots est impossible, et il faut bien se garder de confondre ce mutisme qui est sous l'influence de l'empêchement des mouvements mécaniques de la langue, avec celui qui provient du défaut d'association d'idées nécessaires à la production du langage. Celui-ci nous occupera plus tard.

La langue peut n'être paralysée que d'un côté, et alors si le malade tire cet organe au-dehors de la bouche, on le voit dévié. Cette déviation n'a pas toujours lieu du même côté; le plus ordinairement c'est du côté paralysé ; dans quelques circonstances rares, mais dont il faut tenir compte, la langue se porte du côté opposé à la paralysie des membres. A quoi tiennent ces différences? Probablement à l'étendue et au siége de la paralysie dans les faisceaux si nombreux des muscles de la langue.

La paralysie des muscles du col est rare. Quand elle a lieu, elle détermine des modifications dans la manière dont la tête est portée.

Les muscles respirateurs sont aussi très-rarement paralysés; la mort est promptement le résultat de cette paralysie qui amène l'asphyxie. La rareté de la paralysie de ces muscles ne doit pas surprendre, placés qu'ils sont sur les limites de la vie organique et de la vie animale, et pouvant être considérés comme la transition entre les muscles de ces deux vies.

Il n'y a que très-peu d'exemples de la paralysie des muscles du larynx. M. Moulin en a publié un cas. Elle détermine l'aphonie.

Les muscles de l'œsophage se paralysent dans les apoplexies très-graves. Cette paralysie empêche la déglutition, les liquides tombent dans l'estomac avec bruit. En général ce phénomène doit faire porter un pronostic très-grave. Il a précédé l'hémorragie, dont il fut le seul phénomène précurseur, dans un cas cité par M. Flandin.

Les muscles du rectum peuvent être frappés de paralysie, et dans ce cas il y a impossibilité d'expulser les matières fécales; d'où constipation

La paralysie de la vessie se rencontre assez fréquemment pour qu'il soit nécessaire d'explorer cet organe avec soin, car la distension excessive occasionnée par l'accumulation de l'urine pourrait déterminer sa rupture.

Quant à la paralysie de l'estomac, son existence ne repose sur aucune observation bien constatée.

Marche de la paralysie. Une fois produite, la paralysie, et spécialement celle des membres, peut durer plus ou moins longtemps et persister jusqu'à la mort. Elle peut disparaître, mais lentement, car sa disparition brusque doit faire penser qu'elle n'était pas sous l'influence d'une hémorragie cérébrale. La paralysie peut persister toujours la même pendant de longues années. Ainsi on a vu des individus qui ont été frappés d'apoplexie à l'âge de quarante ans, et qui ont vécu jusqu'à soixante-dix ans avec une paralysie aussi intense qu'au début.

La paralysie qui dure depuis longtemps, détermine sur le membre qui en est atteint une diminution de nutrition et par suite l'atrophie de ce membre. Cette atrophie commence à se

manifester dans quelques cas, rares à la vérité, seulement un mois après l'attaque; nous en avons vu un exemple. Il est remarquable qu'une paralysie persistante peut être sous l'influence d'une altération très-légère du cerveau. Ainsi, sur un individu qui pendant vingt ans avait été paralysé, on ne trouva dans le cerveau qu'une ligne blanchâtre et dure, simple cicatrice qui avait rompu la continuité des fibres nerveuses.

La paralysie peut disparaître complétement; alors la cicatrisation du foyer hémorragique est parfaite, et l'action nerveuse peut se propager à travers cette cicatrisation.

La disparition graduelle de la paralysie a lieu dans un certain ordre. Ainsi, si elle occupait les joues, les lèvres, la langue et les membres, elle disparaîtra d'abord à la langue, puis à la face, aux lèvres ensuite pour cesser aussi, d'abord au membre inférieur, puis au supérieur. Toutefois il ne faut pas croire que les membres inférieurs recouvrent tout à coup l'intégrité de leurs fonctions. Pendant longtemps encore ils sont faibles, et la progression est difficile. Ce n'est que peu à peu que disparaissent les troubles du mouvement.

Peut-on dire que dans tous les cas où les fonctions de la motilité sont revenues à l'état normal, la lésion organique ait complétement disparu? L'anatomie pathologique prouve que dans certains cas, exceptionnels, il est vrai, on peut trouver encore des kystes remplis de sérosité.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ.

La sensibilité peut présenter des lésions variées, quoique ces lésions soient moins constantes que la paralysie. Elles peuvent se manifester, et il importe de les étudier dans l'encéphale lui-même, à la peau et dans les organes des sens. Il faut les étudier aussi avant et après l'attaque :

1° *Dans l'encéphale.* Avant l'attaque il peut arriver qu'on ne remarque vers cet organe aucun trouble de la sensibilité. Il arrive souvent aussi qu'on observe des pesanteurs de tête, de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, et que ces phénomènes soient les préludes de l'hémorragie.

2° *A la peau.* Avant l'attaque, sa sensibilité n'est nullement modifiée dans la plupart des cas. Il peut se faire, néanmoins, qu'on observe un refroidissement facile des membres, de l'engourdissement ou des fourmillements. Ces troubles divers peuvent être bornés à la peau des doigts ou dans la continuité des membres, à un seul côté du corps, à celui qui plus tard sera frappé de paralysie; ils peuvent se manifester au contraire dans les membres des deux côtés. Et n'oubliez pas que tous ces troubles peuvent être sous l'influence d'une simple congestion.

Ces troubles peuvent précéder l'attaque de quelques jours seulement, ou se manifester plusieurs années avant. Il est quelquefois possible de prédire, par leur présence sur tel ou tel côté du corps, quel sera le côté où aura lieu l'épanchement.

Dans quelques cas la sensibilité est diminuée, quelquefois même abolie dans le côté du corps frappé de paralysie. Quand la maladie marche vers une terminaison heureuse, ces troubles de la sensibilité disparaissent avant ceux de la motilité. La sensibilité peut être diminuée d'un côté du corps, tandis que l'autre sera paralysé. Il peut arriver aussi qu'un côté perde d'abord la sensibilité et puis le mouvement, et que l'autre côté perde ensuite la sensibilité sans le mouvement.

Ce n'est pas seulement à la peau que peuvent avoir lieu les troubles de la sensibilité; les muqueuses extérieures peuvent aussi en être atteintes. Ainsi, dans quelques cas, la conjonctive devient insensible au contact du doigt.

3° *Dans les organes des sens.* — Vision. Avant l'attaque, la vue peut être altérée. Ainsi quelques individus croient voir voler des mouches devant leurs yeux, d'autres semblent voir le jour à travers des toiles d'araignées; ceux-ci des bluettes, ceux-là voient tous les objets colorés en rouge, en vert, en noir, etc. On en rencontre qui, plus ou moins longtemps avant l'attaque, voient tous les objets doubles, affection passagère et intermittente chez les uns, constante chez les autres. On en voit enfin chez qui la perte de la vue est complète; mais ces cas sont fort rares. Dans quelques observations on trouve que la vue a été plus active et plus vive quelque temps avant l'attaque.

Pendant l'attaque, la vue peut être perdue complétement, et cela s'observe dans les cas où la mort arrive promptement. Elle peut ne se perdre que d'un côté, soit du côté paralysé, soit du côté opposé. On peut attribuer ce phénomène au lieu où s'est produit l'épanchement et à l'influence plus ou moins grande que cet épanchement peut exercer sur les différentes racines des nerfs optiques si nombreuses, dont les unes vont directement sans s'entre-croiser, et dont les autres s'entre-croisent. Ainsi, si l'hémorragie agit sur tel ou tel ordre de racines, la perte de la vue sera directe ou croisée.

Dans les cas de perte de la vue, peut-on assigner comme siége de l'épanchement les couches optiques ou les tubercules quadrijumeaux? La vue a été abolie sans que les tubercules quadrijumeaux eussent été altérés. M. Serres prétend qu'une condition de l'abolition de la vue est que la lésion se trouve au niveau de la commissure des couches optiques. La partie supérieure de ces ganglions pourrait être intéressée, d'après cet observateur, sans que la cécité en fût le résultat. La cécité

s'est d'ailleurs produite dans des cas où l'épanchement avait eu lieu très-loin des couches optiques, dans le cervelet, par exemple. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées, soit également, soit inégalement.

L'ouïe et le goût peuvent présenter les mêmes altérations, et donnent lieu aux mêmes considérations. Nous avons déjà remarqué que les sens peuvent présenter divers troubles dans certains cas de maladie de la cinquième paire.

L'hémorragie du mésocéphale donne lieu aux mêmes désordres de la sensibilité que celle des hémisphères cérébraux; seulement la terminaison en est plus rapidement mortelle.

L'hémorragie de la moelle épinière détermine aussi des modifications plus ou moins profondes de la sensibilité, surtout quand c'est le centre qui en est le siége.

DÉSORDRES DE L'INTELLIGENCE.

Nous avons à reproduire pour les désordres de l'intelligence qui se manifestent sous l'influence de l'hémorragie des centres nerveux, les mêmes divisions que nous avons établies pour les autres fonctions.

Avant l'attaque, elle reste intacte dans la plupart des cas. Quelquefois cependant, plus ou moins longtemps avant l'apparition de l'hémorragie, quelques individus présentent une paresse notable de l'esprit; le travail leur est pénible, ils ont une tendance au repos et au sommeil. Quelques autres, au contraire, sont remarquables par une excitation singulière, par un besoin continuel de se mouvoir et de changer de place. Les premiers avaient l'intelligence lente; ceux-ci la présentent plus vive. On en voit qui sont en proie à des hallucinations variées et bizarres. Chez quelques-uns, enfin, l'hémorragie est précédée par une perte complète de la mémoire.

L'hémorragie survenue, il peut arriver,

1° Que l'intelligence reste complétement intacte, et cela est positif, malgré tout ce qui a été dit pour prouver que l'hémorragie des centres nerveux s'accompagnait toujours de la perte de l'intelligence;

2° Que l'intelligence ne soit que diminuée;

3° Qu'elle soit entièrement abolie.

A quoi tiennent ces différences? Nous pensons qu'elles sont sous l'influence plutôt de l'étendue que du siége de l'hémorragie. Toutes les fois, en effet, qu'elle est peu étendue, l'intelligence reste intacte. Est-elle considérable, il y a modification dans la manière dont le cerveau élabore la pensée.

Dans un certain nombre de cas d'hémorragie du cervelet, l'intelligence a été abolie, soit que cet organe participe en quelque chose aux actes intellectuels, soit que les maladies qui l'atteignent n'agissent que par retentissement.

Tous les cas observés d'hémorragie du mésocéphale ont été extrêmement graves; dans tous, le coma a été noté, et dans tous, par conséquent, l'intelligence a été abolie.

Les hémorragies de la moelle ne donnent pas lieu, en général, aux troubles de l'intelligence, c'est surtout par les lésions de la sensibilité et de la motilité qu'elles se traduisent symptomatiquement. Elles peuvent cependant déterminer quelques désordres intellectuels par une réaction sympathique de la moelle sur le cerveau, car il y a dans notre économie un *consensus* général qui fait qu'une molécule ne peut être dérangée sans produire un retentissement plus ou moins étendu. Vous trouverez, dans la thèse de M. Fabre, l'observation d'un individu chez lequel les pyramides antérieures seules étaient le siége d'une hémorragie parfaitement circonscrite qui avait déterminé une abolition complète de l'intelligence. Tous les symptômes avaient été aussi prononcés que dans les épanchements les plus intenses des hémisphères cérébraux.

Ces considérations établies, revenons à l'histoire générale des hémorragies des centres nerveux.

Dans une hémorragie forte, l'épanchement du sang ayant cessé, la mort devant survenir rapidement, ou la résorption devant se faire, l'intelligence est abolie, le coma survient, qui devient de plus en plus profond.

L'épanchement ayant été moins violent et moins considérable, l'individu se réveille, recouvre une partie de son intelligence et se remet en communication avec le monde extérieur dont la foudre hémorragique l'avait pour ainsi dire séparé. L'intelligence peut même revenir entière, et l'on voit des savants et des hommes de lettres revenir, après une apoplexie, à leurs travaux accoutumés, sans que rien annonce dans leurs productions ultérieures que leur cerveau ait subi une altération aussi grave que celle que constitue l'hémorragie.

Quelquefois les désordres de l'intelligence ne sont appréciables que lorsque le malade veut se livrer à un travail intellectuel fort et soutenu; il s'aperçoit alors que son cerveau n'est plus ce qu'il était avant l'attaque, et, chose remarquable, cet affaiblissement intellectuel ne se fait pas sentir toujours d'emblée et au moment de l'attaque, mais bien d'une manière graduelle et progressive.

Tantôt le désordre de l'intelligence est plus grave. A l'apoplexie succède un état d'enfance ou d'imbécillité qui augmente incessamment et qui enlève les malades à toutes leurs relations habituelles. Chez quelques-uns, cet état n'est pas entièrement caractérisé, mais aussitôt qu'on les inquiète, pour si peu qu'on les occupe de choses qui ne leur plaisent pas, on les voit pleurer avec la plus grande facilité, sans que leur sensibilité ait été excitée.

Tantôt, mais ces cas sont rares, les malades tombent tout à coup dans un état aigu d'aliénation mentale ; nous en avons vu quelques exemples.

Il peut se faire aussi qu'il se manifeste un délire fébrile, qui est ordinairement lié à une complication d'encéphalite ou de méningite.

L'intelligence, au lieu de se troubler tout entière, peut ne s'altérer que dans quelques-unes de ses facultés. Ainsi vous rencontrerez des hémiplégiques dont la conversation n'indique aucune altération, mais si vous leur demandez ce qu'ils ont fait la veille, ils ne le savent pas, ils ont perdu la mémoire. Cette perte de la mémoire, sur laquelle nous reviendrons longuement, peut être générale ou partielle, ne porter que sur certaines choses, sur certains noms substantifs ou adjectifs.

La parole peut être altérée en totalité ou en partie ; ainsi on voit des malades qui ne peuvent articuler certains mots ou certaines lettres.

La perte totale de la parole peut être sous l'influence d'autres causes que celles qui résultent des modifications survenues dans l'organe de l'articulation, dans la langue même; la langue en effet n'est que l'instrument, et l'articulation résulte d'un travail du cerveau, spécial à l'homme, parce que l'homme seul a dans son cerveau l'organisation nécessaire à cette fonction. Si la partie de cerveau qui préside à cette fonction est le siége de l'hémorragie, la parole sera abolie indépendamment de toute altération de la langue. Vous voyez qu'à mesure que nous avançons dans l'étude des symptômes de l'hémorragie cérébrale nous trouvons que les lésions fonctionnelles s'isolent et s'individualisent, ce qui donne un grand poids à l'opinion qui admet un siége spécial dans le cerveau à chaque faculté intellectuelle. Ce n'est pas que nous voulions dire que ce siége nous soit connu, car la science, sur ce point, ne présente que confusion et divergence. Prenons pour exemple la fonction qui nous occupe, la parole, et voyons quels sont les faits qui ont servi de base aux opinions sur sa localisation.

M. Bouillaud s'est beaucoup occupé de cette question. Il admet que la parole est modifiée quand une lésion a lieu dans les lobules antérieurs du cerveau.

Les faits sont-ils d'accord avec cette opinion? Dans trente-sept cas d'hémorragie cérébrale qui occupait les lobules antérieurs du cerveau, la parole a été abolie vingt et une fois, et conservée seize fois.

Dans sept cas où l'hémorragie siégeait dans les lobules postérieurs, les antérieurs étant complétement intacts, la parole a été abolie.

Dans sept autres cas où la lésion occupait les lobes moyens et postérieurs seulement, la parole a été encore abolie.

Nous avons vu à la Pitié une femme âgée, privée de la parole depuis deux ans d'une manière complète ; la langue était parfaitement libre dans ses mouvements. Elle mourut et l'autopsie fut faite avec beaucoup de soin. Nous trouvâmes dans le lobule moyen un petit ramollissement, et absolument rien autre chose. Il s'agit ici d'une altération chronique pour laquelle on ne peut pas invoquer un retentissement sur les autres parties du cerveau.

M. Récamier avait pensé que le centre ovale de Vieussens était la partie qui présidait à la parole. M. Serres l'a placée dans le corps strié, M. Foville dans la corne d'Ammon, etc.; mais ce sont là des conséquences prématurément tirées de faits particuliers. Car la perte de la parole peut coïncider avec les altérations du siége le plus divers, et même avec un état d'intégrité complète de tout le cerveau. Elle a existé, d'après une observation de M. Lallemand, avec une lésion du cervelet, et d'après M. Cruveilhier avec une altération de la protubérance annulaire.

De tous ces faits, il résulte que l'hémorragie des centres nerveux produit souvent l'abolition de la parole. Que bien que l'on doive admettre qu'il y ait quelque lésion différente chez celui qui a perdu la faculté de parler, que chez celui qui l'a conservée, cette lésion est encore un mystère pour nous.

L'hémorragie des centres nerveux ne produit pas seulement des lésions fonctionnelles de la vie de relation, elle porte encore son influence sur les différents actes de la vie nutritive. C'est cette influence que nous allons maintenant examiner.

Symptômes de la vie de nutrition.

Circulation. Le pouls peut rester à l'état normal. Il peut aussi être dur, fort et vibrant. Il peut être ralenti, rarement accéléré.

La circulation capillaire peut être modifiée, et des hémorragies peuvent survenir sur d'autres points du corps. Il n'est pas rare, par exemple, d'observer des épistaxis.

La face est ordinairement très-rouge, mais elle peut être très-pâle, et cette pâleur ne contre-indique pas les saignées. Les conjonctives sont souvent injectées.

Respiration. Cette fonction est altérée dans les hémorragies très-étendues. La respiration devient stertoreuse, et le plus souvent les malades meurent asphyxiés.

Organes génitaux. Dans certains cas on a observé que des malades frappés d'hémorragie cérébrale présentaient un état d'érection qui, dans certaines circonstances, a persisté après la mort. On a donné de ce phénomène des explications diverses. On l'a assimilé au même phénomène produit chez les pendus par la gêne de la respiration et de la circulation. Plus tard, lorsque la doctrine de Gall eut at-

tribué au cervelet la fonction de présider aux actes de la génération, on l'attribua à l'hémorragie de cette organe; et Gall lui-même a cité des observations de lésions du cervelet, autres que l'hémorragie, coïncidant avec d'autres phénomènes des organes génitaux.

Dans tous les cas où le cervelet était le siége d'une hémorragie, on n'a pas observé que le phénomène de l'érection se soit produit. Il y a dans la science sept cas, dont cinq ont été observés par M. Serres, dans lesquels l'hémorragie siégeant dans le lobe médian du cervelet, l'érection a eu lieu. Vous trouverez ces faits dans le *Journal de Physiologie* publié par M. Magendie. M. Guillot a observé un cas analogue. Enfin M. Serres a aussi observé le cas d'une femme de soixante-dix ans, chez laquelle on trouva une hémorragie du lobe médian du cervelet, et qui, quelque temps avant l'attaque, avait présenté une hémorragie utérine avec gonflement des organes génitaux intérieurs.

Que peut-on conclure de ces faits? Les désordres fonctionnels de l'hémorragie du cervelet sont si contradictoires qu'il est vraiment difficile de tirer une conclusion rigoureuse des observations que possède la science à ce sujet. Rappelons-nous aussi que M. Ségalas, en pénétrant dans la moelle épinière avec un stylet, et en touchant et en irritant certaines parties situées fort loin du cervelet, produisait l'érection, et même l'éjaculation (1).

DES COMPLICATIONS DES HÉMORRAGIES.

Ces complications peuvent avoir leurs sources dans les centres nerveux eux-mêmes et leurs membranes ou dans les autres organes.

La contracture des membres peut se présenter comme complication. Elle dépend de ce que la pulpe du cerveau qui entoure l'hémorragie est irritée et enflammée, soit par le contact du caillot, soit par une inflammation des méninges, qui porte aussi son influence sur la pulpe nerveuse.

On peut aussi observer des convulsions qui sont sous l'influence des mêmes causes. Elles surviennent quelquefois pendant la saignée.

Des phénomènes fort singuliers peuvent se manifester. Ainsi on a vu certains malades être pris d'un penchant irrésistible à courir en avant, sans motif. Ce penchant était si violent, qu'au dire de certains malades, ils se seraient précipités dans le feu, s'il s'en fût trouvé devant eux. Nous avons eu occasion d'observer deux fois ce singulier phénomène. D'autres éprouvent un penchant à reculer.

Peut-on se rendre compte de ces faits? On sait que M. Magendie a prouvé par des expériences, qu'en enlevant les corps striés, les animaux étaient portés à aller en avant, et en leur coupant le cervelet, à aller en arrière. Chez l'homme, les corps striés sont souvent altérés par des hémorragies ou des ramollissements, sans que le phénomène de la progression en avant se rencontre. Ainsi, tout en sachant très-bien ce qui se produit chez les animaux, il est impossible d'assigner, chez l'homme, l'organe malade qui produit ce phénomène.

M. Serres (Voyez *Journal de Physiologie*, t. III) a cité l'observation curieuse d'un individu de soixante-huit ans, qui, après avoir fait un excès de vin, fut pris du besoin irrésistible de tourner sur lui-même. Ce phénomène dura quatre mois, au bout desquels le malade succomba aux accidents d'une apoplexie. A l'autopsie on trouva une hémorragie dans un des pédoncules du cervelet.

On sait aussi que M. Magendie produit ce phénomène à volonté sur les animaux, en leur coupant un des pédoncules du cervelet.

Le délire qui se manifeste quelquefois dans les hémorragies cérébrales, n'est pas sous l'influence de ces hémorragies. Il dépend d'une inflammation des méninges, de celles surtout de la convexité du cerveau, inflammation qui réagit sur la pulpe nerveuse.

Le coma s'observe surtout dans les cas où il y a épanchement considérable dans les ventricules.

L'hémorragie peut se compliquer de pneumonie, qui survient d'une manière insidieuse et latente. Les malades tombent vite alors dans un état de prostration et d'adynamie, qui donne plutôt l'éveil sur cette nouvelle affection, que les symptômes spéciaux.

On observe quelquefois aussi une facilité très-grande à la gangrène.

L'appareil intestinal peut s'altérer secondairement, et alors aussi surviennent rapidement des symptômes adynamiques, chez les vieillards surtout.

Durée. La durée des symptômes que produit l'hémorragie des centres nerveux est très-variable; et ce que nous pourrions dire à ce sujet ressort amplement de l'examen que nous avons fait de ces symptômes.

Pronostic et terminaison. Une attaque d'apoplexie prédispose à en avoir d'autres. A l'autopsie d'individus morts d'hémorragie cérébrale, on trouve souvent des traces d'anciennes hémorragies. Vous aurez souvent

(1) On pourrait aussi faire observer que l'hémorragie des autres parties de l'encéphale, au lieu de produire une sur-activité des fonctions sur les organes qu'elles tiennent sous leur dépendance, les frappe d'impuissance en les paralysant. L'hémorragie du cervelet, au contraire, déterminerait l'exaltation des fonctions auxquelles il préside! Une solution de continuité, une perte de substance dans l'organe, donneraient à la fonction une énergie plus grande! Cela est certainement difficile à concevoir; il faut posséder la foi robuste des phrénologistes pour accepter sans répugnance de pareilles inductions. A. L.

occasion de voir des individus qui ont éprouvé une ou deux attaques d'apoplexie, et qui succombent à la troisième ou à la quatrième attaque. Il est cependant quelques personnes qui ont éprouvé une hémorragie étant jeunes, et qui n'en ont plus dans le cours de leur vie.

Toutes ces circonstances doivent faire porter un pronostic grave.

Un retour complet ou plus ou moins imparfait à la santé, ou la mort, sont les terminaisons de l'hémorragie des centres nerveux. Nous avons déjà examiné toutes ces circonstances; nous n'y reviendrons pas. Observons seulement que les morts subites sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement dans les hémorragies cérébrales. Ces accidents foudroyants sont le plus ordinairement dus à une rupture des gros vaisseaux ou du cœur. Quelquefois ces morts subites sont inexplicables.

Variétés. On peut distinguer les hémorragies qui sont précédées de prodrômes plus ou moins longs, celles où il n'y a que perte du mouvement et celles où il y a en même temps perte du mouvement et de l'intelligence. On peut les distinguer aussi en faibles, moyennes ou fortes; enfin celles qui sont accompagnées de complications, et qui varient selon la nature de ces complications.

Traitement. Quand il existe des prodrômes, il faut les combattre par les moyens que nous avons indiqués en parlant de la congestion cérébrale.

Pendant l'attaque, il faut premièrement recourir aux émissions sanguines. Elles s'opposent d'abord à la continuation de l'hémorragie; elles s'opposent aux congestions qui peuvent se faire; elles détruisent les inflammations qui tendent à se former autour du foyer; enfin elles facilitent la résorption.

C'est surtout aux émissions sanguines générales qu'il faut avoir recours. Mais importe-t-il d'ouvrir telle ou telle veine? On a conseillé d'ouvrir la jugulaire; il est évident que la compression qu'il faut exercer doit être nuisible. Les veines du pied; le sang peut ne pas couler assez abondamment. Les veines occipitales; il n'est pas facile d'avoir tout le sang qu'on veut. Les veines du bras paralysé; cela est indifférent pourvu qu'on obtienne du sang. On a proposé d'ouvrir le sinus longitudinal supérieur avec une couronne de trépan; c'est une folie qui appartient à un médecin de Caen.

Quelle est la quantité de sang qu'on doit tirer? En Angleterre, on tire dans quelques cas de vingt à trente et quarante onces de sang. Nous ne pensons pas qu'on doive imiter cette pratique, car il importe de ne pas épuiser le malade et de ne pas se priver de la ressource d'une nouvelle saignée souvent indiquée.

Les saignées ne sont pas contre-indiquées par la pâleur de la face, pâleur qu'on attribuait autrefois à une apoplexie séreuse, en considérant comme affection principale ce qui n'était qu'un symptôme.

Elles ne sont pas contre-indiquées non plus par la faiblesse du pouls, pas plus que la dureté du pouls n'indique toujours qu'il faille y revenir.

La constitution faible du malade n'est point un obstacle à la saignée.

C'est un préjugé de croire que la saignée soit nuisible après le repas. Elle a, au contraire, l'avantage de provoquer le vomissement et de débarrasser le cerveau.

Dans les cas où il survient du délire et des contractures, il faut réitérer la saignée. Mais il est des cas où les malades sont tombés dans un tel état de collapsus qu'il est impossible de saigner ou de réitérer la saignée. Les émissions sanguines seraient alors nuisibles, le coma surviendrait, le travail de cicatrisation ne pourrait pas s'opérer, car nous savons qu'il faut un certain degré de force pour que la cicatrisation s'opère.

L'artériotomie a été conseillée et pratiquée une fois avec succès.

La tête du malade doit être maintenue élevée et découverte. On peut aussi y faire des applications d'eau froide.

Les révulsifs sont employés avec avantage, soit seuls, soit concurremment avec les émissions sanguines. Ainsi on applique des sinapismes aux extrémités, on fait prendre des pédiluves irritants, etc. On a aussi conseillé le cautère actuel; c'est un moyen fort dangereux, sur l'emploi duquel il faut être très-prudent.

Les vomitifs ont été fort vantés, ils sont cependant plus nuisibles qu'utiles à cause des secousses qu'ils occasionnent, et de la congestion qu'ils déterminent vers le cerveau.

Il n'en est pas de même des purgatifs qui agissent efficacement comme dérivatifs. On administre, soit l'émétique en lavage, soit des sels neutres, soit la casse et le tamarin, soit les lavements purgatifs.

Après l'attaque, on peut encore dans quelques cas faire usage des émissions sanguines, mais c'est alors surtout que les révulsifs cutanés sont indiqués, et que les vésicatoires et les cautères sont utiles.

Nous avons dit que la paralysie persistait dans certains cas, alors même que le travail cicatrisateur s'est opéré et que la substance cérébrale ne présente plus de lésion appréciable. Alors seulement il est permis au praticien d'attaquer ce symptôme et d'agir directement sur les parties paralysées.

Plusieurs moyens ont été tour à tour préconisés; ainsi on fait usage des frictions avec le baume d'Opodeldoch, ou avec un lini-

ment ammoniacal et camphré; on a recours à l'électricité, qui est d'un bien faible secours dans les cas d'hémorragie cérébrale; on prescrit les eaux minérales sulfureuses ou salines, soit pour déterminer une fluxion vers la peau, soit pour produire une dérivation sur le canal intestinal.

M. le professeur Fouquier a beaucoup employé et beaucoup vanté la noix vomique, à laquelle il a attribué le pouvoir de faire disparaître l'inertie musculaire qui persiste. On emploie cette substance en poudre, en pilules ou en extrait. On lui substitue avec avantage la strychnine qui est la partie active de cette substance, mais à doses moindres, car elle est infiniment plus active. L'action de cette substance se fait surtout sentir sur la moelle épinière. Il en résulte des convulsions qui ne s'étendent, dit-on, qu'aux muscles paralysés. Mais nous avons eu occasion d'observer des convulsions sur presque tous les muscles, paralysés ou non, à la suite de l'emploi de la strychnine.

Au reste, l'emploi de ce moyen peut ne diminuer en rien la paralysie, même après que les parties paralysées ont éprouvé des convulsions; elle peut la faire diminuer ou la faire cesser entièrement, comme M. Fouquier en a vu des exemples. Il est important d'observer attentivement que le tétanos ne survienne point pendant l'administration de la strychnine.

On pourrait remplacer cette substance par la brucine que l'on peut manier plus facilement et dont les effets sont identiques.

Quand les individus présentent une grande faiblesse, il faut les tonifier par l'emploi du fer, de l'arnica, du quinquina, car si la faiblesse est trop grande, la résolution de l'épanchement ne peut pas s'opérer.

(*Voyez*, pour les moyens hygiéniques, ce que nous avons dit en parlant des congestions cérébrales.)

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITION DES CENTRES NERVEUX.

Nous les diviserons en quatre ordres :

A. Hypertrophie.
B. Atrophie.
C. Ramollissement.
D. Induration.

Il nous paraît nécessaire, dans l'état actuel de la science, d'étudier ces lésions isolément, parce qu'elles peuvent se manifester à part et indépendamment de tout phénomène inflammatoire. Sans doute que ces altérations sont souvent un résultat de l'inflammation, mais il faut admettre aussi quelles peuvent se manifester sans cette cause.

A. DE L'HYPERTROPHIE DES CENTRES NERVEUX.

Cette affection est assez rare, et n'est pas connue depuis longtemps. M. le professeur Bouillaud, MM. Scoutetten et Dance sont les seuls observateurs qui aient fixé leur attention sur cette maladie.

Il est très-important de ne pas la confondre avec l'hypérémie ou congestion des centres nerveux, qui d'ailleurs n'est pas une conséquence constante de cette affection.

L'hypertrophie des centres nerveux se présente sur les cadavres avec les caractères suivants : rapprochement de circonvolutions, qui sont comme effacées; absence presque complète des anfractuosités; substance cérébrale plus dense qu'à l'état normal. Coupée par tranches, on la trouve pâle et décolorée; en l'incisant, il ne s'écoule ni sang ni sérosité; les cavités des ventricules sont effacées et leurs parois presque contiguës; méninges comprimées.

HYPERTROPHIE DES ORGANES CONTENUS DANS LE CRANE.

Cette altération n'a encore été observée que dans les hémisphères cérébraux. On n'en connaît pas d'exemple dans le cervelet, dans la protubérance annulaire, ni dans ses tubercules quadrijumeaux.

L'hypertrophie des hémisphères cérébraux peut ne point déterminer l'augmentation des parois osseuses, et alors, le cerveau étant comprimé dans cette boîte osseuse, se manifestent des accidents dus à cette compression. Il peut arriver aussi que le développement du crâne soit le résultat de l'hypertrophie du cerveau.

Causes. Elles sont inconnues. En les rapportant à l'irritation, on n'explique rien. Dance a cité une observation où l'hypertrophie avait été précédée de fréquentes congestions. Mais étaient-elles causes ou effets? Dans un autre cas, l'hypertrophie est survenue après une chute sur le crâne.

Cette maladie ne s'est pas manifestée après l'âge de trente ans. Elle a été surtout observée sur des enfants et sur des jeunes gens.

Symptômes. Si le développement de la boîte osseuse suit le développement du cerveau, il peut ne pas y avoir de lésion fonctionnelle. M. Scoutetten a vu ce cas sur un enfant de cinq ans, dont la tête avait le volume d'un hydrocéphale. L'intelligence et les mouvements n'avaient point été altérés.

Si le cerveau s'hypertrophie au point d'être comprimé par les parois du crâne, surgissent alors des symptômes variés, résultant de cette compression.

Dans les cas observés, l'intelligence a été profondément altérée; elle est devenue obtuse

quelquefois jusqu'à l'idiotisme. Dans un cas, il y avait des attaques intermittentes d'aliénation mentale; dans un autre, la stupidité se manifestait après des étourdissements.

En général, la sensibilité est lésée; la céphalalgie peut être intense et peut augmenter jusqu'à la mort sans qu'on trouve à l'autopsie aucune trace de congestion. Quelquefois les malades éprouvent des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreille, etc.

Les mouvements présentent de graves désordres. La plupart des malades ont eu des convulsions; quelques-uns avaient des attaques d'épilepsie. Après une attaque de ce genre les membres peuvent devenir très-faibles, soit tout à coup, soit graduellement.

Le pouls peut rester à l'état normal, se ralentir ou s'accélérer. Cette dernière circonstance ne s'est présentée qu'une fois, avec chaleur de la peau.

Dans d'autres circonstances, les symptômes ont été les mêmes que ceux que détermine un épanchement séreux; les lésions fonctionnelles, en effet, doivent être les mêmes puisque la cause est identique, compression lente du cerveau.

Marche. Elle est d'abord chronique, puis aiguë, et dans cet état l'hypertrophie peut simuler une hydrocéphale aiguë.

Traitement. Il est impossible de faire autre chose dans cette maladie que la médecine des symptômes. Le diagnostic est d'ailleurs fort difficile, et parviendrait-on à le préciser rigoureusement, quels moyens thérapeutiques opposer à cette altération?

L'*hypertrophie de la moelle épinière* est enveloppée de plus d'obscurités encore; on n'en connaît peut-être que deux ou trois exemples dans la science.

B. DE L'ATROPHIE DES CENTRES NERVEUX.

On désigne sous ce nom la diminution totale ou partielle de ces organes.

Elle peut être congéniale ou accidentelle. La première rentre dans l'*Agénésie* de M. Breschet.

Cette altération varie depuis la simple diminution de quelques circonvolutions jusqu'à l'absence totale des organes nerveux.

Nous l'examinerons : 1° dans le cerveau; 2° dans le cervelet; 3° dans la moelle épinière.

1° *Dans le cerveau.* Les hémisphères cérébraux croissent en volume de l'état fœtal à l'âge adulte; ils diminuent dès-lors jusqu'à la vieillesse; cette diminution ne s'observe pas cependant chez tous les vieillards. Terme moyen, le cerveau chez l'adulte et chez le vieillard varie en longueur de trois à quatre lignes en moins chez ce dernier, et de deux à trois lignes en largeur.

Chose remarquable, le cervelet ne change pas de volume chez les vieillards, ce qui pourrait bien être présenté comme une objection aux fonctions qu'on lui attribue de présider aux actes générateurs; on sait en effet que les organes de la génération s'atrophient chez eux.

La pesanteur spécifique des hémisphères cérébraux est à peu près d'un vingtième moindre chez le vieillard que chez l'adulte.

Dans les points qui ont été le siége d'une hémorragie, il y a atrophie de la substance cérébrale; elle s'opère aussi dans des points comprimés par les produits morbides qui peuvent se développer dans le cerveau. Il arrive dans ces cas que la substance cérébrale en perdant de volume augmente de densité; on dirait qu'elle a été tassée.

Le vide laissé par l'atrophie peut être rempli par de la sérosité, soit épanchée, ou contenue dans du tissu cellulaire, soit dans un kyste; des tumeurs peuvent aussi le remplir. On peut y trouver aussi le liquide céphalorachidien de M. Magendie, des plaques osseuses ou ossiformes. Il se passe enfin dans le cerveau le même phénomène qu'on observe au thorax dans les points abandonnés par les poumons rétractés.

Les parois du crâne peuvent être dans l'état normal ou présenter des altérations plus ou moins grandes. Quelquefois les os s'hypertrophient aux dépens de leur face interne et cette altération ne peut être constatée qu'après la mort. L'hypertrophie des os peut se faire intérieurement et extérieurement, et alors on peut la diagnostiquer. Au lieu de s'hypertrophier les os peuvent s'amincir. Alors ils peuvent présenter de larges espaces membraneux; la tête en masse est très-augmentée de volume, et l'espace où manque la substance cérébrale est remplie d'une grande quantité de sérosité, comme on le voit dans l'hydrocéphale chronique. D'autres fois les parois du crâne manquent en totalité, ou en partie, comme dans les acéphales.

Les hémisphères cérébraux peuvent être arrêtés dans leur développement, à diverses époques de la vie fœtale, et rester à l'état de simple membrane, soit dans les deux hémisphères, soit dans un seul. Dans les deux cas la vie extra-utérine est impossible; cependant les enfants peuvent naître vivants et vivre plusieurs heures.

Mais s'il ne manque qu'une partie de la substance cérébrale, les individus peuvent vivre même des années, mais d'une vie végétative.

Dans certains cas où les circonvolutions cérébrales manquaient, on a vu les malades paralysés, mais vivre cependant jusqu'à un âge assez avancé.

Quand une partie des hémisphères seulement vient à manquer, on observe différents

phénomènes. Ainsi M. Breschet a vu le cas de deux enfants chez qui manquaient les lobules antérieurs du cerveau. Chez tous les deux, la motilité et la sensibilité étaient intactes ; mais l'un était aveugle et l'autre ne l'était pas. La lésion cependant était la même, il ne manquait que les lobules antérieurs ; les tubercules quadrijumeaux et les couches optiques étaient intacts. Une fille, âgée de quinze ans, présentant la même altération anatomique, était privée de la vue et de l'olfaction : elle était idiote. Ces trois individus moururent avec des convulsions.

L'absence des lobes moyens a déterminé les mêmes phénomènes.

Celle des lobes postérieurs a produit l'idiotisme.

Celle de quelques circonvolutions seulement, soit par agénésie, soit par atrophie, peut se présenter d'un seul côté ou de deux côtés. D'un seul côté et par atrophie, elle peut déterminer des altérations de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement. Mêmes phénomènes quand l'atrophie a lieu des deux côtés. M. Calmeil a vu cette altération coïncider avec l'épilepsie.

L'atrophie du *septum lucidum* n'a produit aucun désordre saillant.

Celle du *corps calleux* a coïncidé avec l'idiotie, avec l'atrophie et la contracture des membres.

Celle de la *glande pinéale*, observée une seule fois sur un individu, chez lequel elle n'était pas plus grosse qu'un grain de millet, coïncidait avec la perte totale de l'intelligence. Le reste de l'encéphale était dans l'état normal.

Les nerfs peuvent aussi s'atrophier, indépendamment de l'atrophie du cerveau ou sous l'influence de celle-ci. Béclard a cité un cas où les nerfs olfactifs existaient, quoique les lobules cérébraux n'existassent pas (1).

2° *Dans le cervelet.* L'atrophie du cervelet peut coïncider avec celle du cerveau, la vie est alors impossible. Elle peut exister seule, M. le docteur Combette en a rapporté un exemple très-remarquable dans la *Gazette des hôpitaux*, 1831. Le sujet de l'observation était une fille de onze ans, d'une intelligence bornée, d'un caractère sombre. Les fonctions de la sensibilité, de la digestion et de la respiration étaient intactes; la nutrition cependant se faisait mal; cette fille était languissante.

Un fait très-remarquable, c'est qu'elle s'adonnait à la masturbation depuis plusieurs années avant sa mort.

Les mouvements ne présentèrent d'autre altération qu'une grande faiblesse qui augmenta jusqu'à la mort.

Dans quelques cas, il n'y a que simple diminution de volume du cervelet. M. Larrey a communiqué à Gall, le fait suivant : Un homme de quarante ans, d'une constitution athlétique, avait à sa mort les lobes latéraux du cervelet diminués de moitié ; les testicules n'avaient que le volume d'une fève de haricot, le pénis était flasque et petit.

Gall a remarqué que chez les animaux châtrés étant jeunes, la partie occipitale du crâne est bien moins développée que chez ceux à qui on ne fait pas subir cette mutilation. Il a aussi remarqué que le testicule était atrophié chez les individus qui avaient le lobe opposé du cervelet altéré.

N'oublions pas que les faits relatifs aux hémorragies du cervelet ne sont point en harmonie avec ceux-ci. Il y a des cas d'ailleurs où les lobes du cervelet ont été atrophiés sans qu'il se soit rien passé du côté des organes génitaux.

3° *Dans la moelle épinière.* Elle peut aussi être atrophiée tout entière ou en partie. Les symptômes d'une simple diminution de volume de la moelle sont la paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement.

(*Voyez*, pour de plus amples détails sur ces altérations, le *Précis d'Anatomie pathologique.*)

C. DU RAMOLLISSEMENT DES CENTRES NERVEUX.

Cette maladie, observée depuis longtemps, n'a été décrite que dans ces derniers temps. C'est aux travaux de MM. Lallemand, Rostan, Bouillaud, etc., que nous devons les connaissances les plus précieuses sur cette affection.

Quelques auteurs l'ont désignée sous le nom d'*encéphalite*. Ce terme est vicieux; car le ramollissement n'est pas toujours le résultat d'une phlegmasie.

M. Cruveilhier a proposé de l'appeler *apoplexie capillaire*. Mais cette expression n'est pas juste dans tous les cas, dans ceux surtout où le ramollissement n'est pas la suite de l'inflammation.

Caractères anatomiques. Elle est caractérisée, sur le cadavre, par l'état pulpeux et mou des centres nerveux. Dans quelques cas, à la place de la substance nerveuse, on ne trouve qu'une matière liquide flottant quelquefois dans une trame cellulo-vasculaire.

Il est des cas où ces altérations constituent toute la lésion. Il en est d'autre, où, en même temps qu'il y a ramollissement, on trouve aussi la substance grise, soit interne, soit externe, entièrement décolorée. D'autres cas où l'on a trouvé de la sérosité épanchée ou infiltrée. Tantôt les parties ramollies ont présenté plus de sang que de coutume, et alors ces parties étaient colorées en rouge,

(1) Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion de M. de Blainville, qui considère les nerfs olfactifs comme des lobes cérébraux. Or, certains lobes peuvent manquer, les autres existant. A. L.

coloration qui était tantôt uniforme, tantôt par plaques.

Le sang y a été trouvé, tantôt par petits caillots, tantôt en épanchement, comme dans l'apoplexie.

La masse ramollie a été trouvée infiltrée de pus, présentant de véritables foyers purulents, des abcès.

M. Lallemand dit que les cerveux ramollis qu'on a trouvés décolorés ne devaient cette décoloration qu'à la présence du pus. Cette assertion n'est pas exacte.

Siége. Le ramollissement peut avoir des siéges divers. Il peut frapper tous les points des centres nerveux, être général ou partiel. Le ramollissement partiel est de beaucoup le plus fréquent. Il peut atteindre les circonvolutions, les couches optiques, les corps striés, les cornes d'Ammon, le *septum lucidum,* ou le corps calleux. On peut ne trouver qu'un seul point ramolli, ou plusieurs.

Les cas où toute la masse encéphalique a été trouvée ramollie sont rares chez l'adulte. Ce ramollissement général a été plus souvent observé chez les enfants naissants. Dans ces cas un phénomène singulier a été observé : au moment où l'on ouvrait le crâne, il se dégageait de l'hydrogène sulfuré.

Causes. Les causes sont peu connues. Sous le rapport des âges, le ramollissement a été observé depuis les premiers jours de la vie extrà-utérine jusqu'à l'époque la plus avancée de la vie. M. Billard l'a observé fréquemment chez les enfants. M. Martinet chez l'adulte, M. Rostan chez les vieillards. Ces auteurs disent qu'il est exclusif aux âges auxquels ils l'ont observé. Il est juste de conclure qu'il ne se montre pas avec plus de prédominance dans un âge que dans l'autre.

RAMOLLISSEMENT DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX.

Symptômes. — *Intelligence.* Il est des cas dans lesquels elle s'est conservée intacte. On l'a vue se perdre au moment de l'invasion, et revenir après un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas, elle a paru obtuse au début, et allait en s'affaiblissant jusqu'à la mort. On a observé le délire, qui était rarement permanent, quelquefois intermittent. Il coïncidait avec un ramollissement superficiel.

Les lésions de l'intelligence coïncident ordinairement avec le ramollissement de la couche corticale des circonvolutions. Cependant M. Rostan a vu un cas où cette altération siégeait à la base du lobe postérieur du cerveau, et dans lequel l'intelligence avait été profondément troublée.

Mouvements. Les lésions du mouvement sont plus fréquentes que celles de l'intelligence. Elles ne manquent presque jamais; elles en sont le signe pathognomique. En quoi consiste ce trouble ? Il n'est pas toujours le même. La paralysie et la contracture sont les phénomènes les plus fréquents; cependant ils manquent quelquefois.

La paralysie peut être subite ou graduelle.

Lorsque le trouble du mouvement acquiert son plus haut degré d'intensité, il peut arriver que le malade soit tout à coup paralysé, comme dans une attaque d'apoplexie. Dans les cas observés, il n'y avait pas de contracture.

Il est arrivé que les premiers phénomènes observés fussent les convulsions suivies de paralysie. Ces convulsions cessent au moment où la paralysie apparaît ; quelquefois elles reparaissent; quelquefois elles alternent avec la paralysie.

La contracture peut ne durer qu'un instant et être suivie de paralysie. On l'a vue persister, diminuer, et disparaître, tantôt paraître et disparaître alternativement. Elle a des siéges différents. Elle affecte tout un membre ou une partie du membre seulement. Ce symptôme est d'une très-grande valeur pour le diagnostic. Elle a lieu du côté opposé au ramollissement. La déviation de la bouche, quand elle existe, est du même côté que la contracture.

Il est des cas où les convulsions sont générales, quoiqu'il n'y ait qu'un hémisphère de ramolli. Il en est d'autres où existent des phénomènes épileptiques. On a observé aussi un tremblement général sans paralysie, un état semblable à l'ivresse. Enfin MM. Requin et Fabre ont cité des cas de ramollissement étendu, sans contracture ni paralysie. Nous avons nous-même observé des cas analogues.

Lésions du sentiment. Douleur de tête, qui tantôt existe du côté du ramollissement, tantôt sur un point opposé.

Cette douleur peut être fixe ou vague, permanente ou intermittente, d'une intensité variable, ne consistant souvent que dans un sentiment de gêne ou une douleur légère; d'autres fois, au contraire, vive et intolérable. Sa durée varie beaucoup, tantôt elle n'a existé que pendant quelques jours, tantôt pendant toute la maladie. Elle a précédé quelquefois tous les autres symptômes; d'autres fois elle a paru en même temps. Dans le plus grand nombre de cas, cette céphalalgie existe; elle peut manquer cependant.

La sensibilité peut n'être pas altérée. D'autres fois les malades accusent du fourmillement. La sensibilité devient obtuse quelquefois et peut s'éteindre entièrement. Quelques malades ont offert, au contraire, une notable exaltation de la sensibilité : ils accusaient des douleurs intolérables, continues ou intermittentes, quelquefois avec des crampes. Quelques autres n'avaient que des douleurs superficielles à la peau, quelques-uns les éprouvaient profondément et suivant le trajet des cordons nerveux. On a vu coïncider une dou-

leur profonde avec l'abolition de la sensibilité de la peau.

Les organes des sens peuvent être diversement modifiés.

Fonctions de nutrition. Digestion; est ou n'est pas troublée. Circulation; ordinairement à l'état normal : cependant, dans les ramollissements qui ont une marche aiguë, la circulation se trouble profondément. Respiration; intacte, à moins que le ramollissement ne coïncide avec l'apoplexie.

Au reste, sous le rapport des formes que peuvent présenter les symptômes du ramollissement des hémisphères cérébraux, elles se réduisent aux suivantes :

1° Perte subite de connaissance, avec paralysie simple;

2° Perte subite de connaissance, avec contracture;

3° Perte subite de connaissance, avec convulsions partielles ou générales;

4° Connaissance conservée, intelligence un peu obtuse, altération subite des mouvements;

5° Connaissance conservée, mouvement ne s'altérant qu'insensiblement;

(Dans tous ces cas, céphalalgie présente ou absente).

6° Ramollissement ne se révélant plus par les symptômes accoutumés;

7° Enfin ramollissement, sans aucun symptôme.

De ces diverses formes il résulte trois cas principaux pour le diagnostic :

1° Quand le ramollissement se présente avec des symptômes évidents;

2° Quand il se confond avec les symptômes de l'hémorragie cérébrale;

3° Quand il se confond avec les affections chroniques du cerveau, occasionnées par des productions morbides accidentelles.

Début. Il est brusque ou lent. Quand il débute brusquement, il peut présenter tous les phénomènes précurseurs. Cela n'est pas constant.

Durée. Très-variable. Il peut se terminer dans un très-petit nombre d'heures, ou durer plusieurs mois. Dans ce dernier cas, les symptômes peuvent être toujours les mêmes ou alterner.

Pronostic. Le ramollissement des hémisphères cérébraux, dans le plus grand nombre des cas, est mortel. Cependant il y a des observations de guérison bien constatées.

M. Lallemand admet que certaines parties ramollies peuvent passer à l'induration.

Traitement. Il est simple. Les émissions sanguines le constituent pour ainsi dire. Elles ne doivent pas être cependant employées aveuglément. C'est surtout quand le ramollissement coïncide avec une congestion, qu'il est franchement aigu, et qu'il y a des phénomènes de réaction, que le traitement antiphlogistique doit être employé. Mais dans l'état d'affaiblissement extrême, dans le cas d'anémie, les dérivatifs, les excitants, tels que les moxas, les vésicatoires, les sétons, etc., constituent le seul traitement rationnel.

RAMOLLISSEMENT DES PARTIES BLANCHES CENTRALES.

1° *Du corps calleux.* Ce ramollissement a toujours coïncidé avec l'inflammation des méninges, et leurs symptômes ont été confondus.

2° *De la voûte à trois piliers.* A été vue existant à un haut degré sans aucun trouble des facultés. A côté de ces cas sans symptômes, il y en a où le ramollissement de la voûte a coïncidé avec des altérations de l'intelligence et du mouvement. M. Martinet en a cité un exemple avec perte totale de la parole. Le ramollissement était à la partie antérieure de la voûte. Du côté des mouvements, le symptôme qui s'est manifesté a été la contraction tétanique. MM. Lallemand et Martinet en ont cité des exemples; nous en avons vu d'analogues.

3° *Du septum lucidum.* On en cite deux cas, l'un est dû à M. Lallemand, l'autre à M. Rostan. Dans l'observation de M. Lallemand, le *septum lucidum* avait entièrement disparu. Il y avait eu céphalalgie, hémiplégie, puis paralysie complète. Dans celle de M. Rostan, les symptômes avaient été la céphalalgie et les convulsions.

Enfin, ces différentes parties du cerveau (le corps calleux, la voûte à trois piliers, et le *septum lucidum*) peuvent être simultanément ramollies. M. Senn pense que ce ramollissement est caractérisé par l'exaltation de la sensibilité cutanée; d'autres faits n'ont pas confirmé cette assertion.

RAMOLLISSEMENT DE LA GLANDE PINÉALE.

La science ne possède qu'un seul cas bien constaté de l'absence de la glande pinéale. Il est dû à M. Esquirol, et il est consigné dans le tome XXVI des *Archives de Médecine*, page 79. Le sujet de l'observation était une femme, âgée de vingt-neuf ans, sourde-muette, aveugle et très-rachitique. Ses jambes étaient ployées sous les cuisses, l'impossibilité de se mouvoir était absolue, car couchée dans son lit, elle ne pouvait faire le moindre mouvement. Lorsqu'on la posait sur le côté droit, elle dormait ou paraissait calme; couchée du côté gauche, elle était agitée et jetait des cris faibles, mais continus. Elle ne pouvait articuler aucun son. Les fonctions organiques se faisaient assez bien quoique à un degré faible.

A l'autopsie, on ne trouva qu'une légère dépression des circonvolutions vers le sinci-

put, et absence complète de la glande pinéale (1).

RAMOLLISSEMENT DU CERVELET.

Il peut exister dans le lobe médian, dans les lobes latéraux et dans la totalité de cet organe.

Lobe médian. Un seul cas publié par Dance. Il y avait aussi ramollissement du mésocéphale. L'individu mourut dans un état apoplectique.

Lobes latéraux. Treize cas. Intelligence affaiblie ou abolie trois fois.

Altération de la parole, deux fois.

Mouvements altérés, douze fois; dix fois l'altération du mouvement eut lieu du côté opposé au ramollissement. Cette altération du mouvement s'est traduite une fois par une simple agitation, cinq fois par la paralysie, six fois par la contracture.

Paralysie de la face, une fois.

Organes génitaux. Un cas où il en soit question. Le malade portait instinctivement sa main sur les testicules.

Ramollissement des deux lobes. Il en existe quatre cas, trois fois le ramollissement n'était pas général. Il y avait état diffluent de la substance grise des deux côtés. Les malades ont présenté des mouvements convulsifs généraux. Il est fait mention dans deux cas d'érection. Dans le quatrième cas, le ramollissement était général. Ici les symptômes portaient spécialement sur les mouvements. Le malade était irrésistiblement porté à marcher à reculons.

RAMOLLISSEMENT DU MÉSOCÉPHALE.

Ce ramollissement peut être partiel ou général. Le ramollissement partiel est le plus fréquent.

Symptômes. Intelligence rarement altérée, à moins que le ramollissement ne soit aigu.

Mouvements constamment altérés. La paralysie est tantôt partielle, tantôt générale. Il y a tantôt des convulsions, tantôt des contractures; la sensibilité peut rester intacte ou s'altérer.

La mort peut être rapide ou arriver lentement. Il existe un cas de la perte de la parole; d'abord incomplète, cette fonction se perdit ensuite entièrement. Le ramollissement existait à la face inférieure du mésocéphale (Ollivier, page 604, tome II).

RAMOLLISSEMENT DE TOUTE LA MASSE ENCÉPHALIQUE CRANIENNE.

Ces cas sont rares. On a vu des ramollissements tels, que la masse encéphalique n'offrait plus qu'une matière pultacée, liquide.

Symptômes. État comateux dès le début. Mouvements convulsifs bientôt remplacés par une paralysie générale. Cette paralysie était sans convulsions, sans contracture. La mort arrivait bientôt après.

Il existe un cas de ce genre (Charpentier, *Hydrocéphale aiguë*, page 220).

RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Cette maladie présente les mêmes caractères anatomiques que ceux des ramollissements des diverses parties du cerveau.

Le siége est variable, le ramollissement peut être général, c'est le cas le plus rare. Il peut être partiel, c'est le cas le plus commun. Il peut exister à la portion cervicale, dorsale et lombaire, dans l'une de ses moitiés latérales qui se décompose en deux faisceaux. Chacun de ces faisceaux peut être le siége du ramollissement. Il peut exister sur les faisceaux antérieurs et postérieurs; il y a des cas, rares à la vérité, dans lesquels l'écorce médullaire reste intacte. C'est alors la substance centrale grise qui est exclusivement ramollie. Elle est diffluente et présente au centre de la moelle un véritable canal.

Symptômes. Intelligence. Dans la plupart des cas elle reste intacte, à moins que le ramollissement ne se présente sous la forme aiguë.

Mouvements; presque constamment altérés. Cependant M. Genson a cité une observation de ramollissement de toute la portion dorsale de la moelle sans que le mouvement ait été altéré. M. Velpeau a cité un autre cas de ramollissement de toute la partie cervicale avec une complète intégrité du mouvement. Nous pensons que cette observation n'a pas été suivie avec assez d'attention et assez près de l'époque de la mort; car le ramollissement

(1) La lecture attentive de cette observation démontre que le cerveau, le cervelet et leurs membranes présentaient des altérations très-considérables. « Injection dans les téguments du crâne. Crâne « épais; tissu diploïque injecté, rougeâtre, déprimé « vers le sommet; ligne médiane très-déjectée, « forme du crâne très-irrégulière; dure-mère adhé- « rente au crâne; faux réticulée; lame externe de « la pie-mère très-injectée, surtout du côté droit; « un peu de sérosité entre les deux lames de la pie- « mère; épaississement de la lame externe de la pie- « mère, correspondant à la dépression du crâne et « du cerveau; sérosité abondante à la base du crâne « et dans le canal vertébral; cervelet très-mou.

« Cerveau très-mou; adhérence postérieure et « avec les corps striés; sérosité dans les ventricules « latéraux; plexus injecté, ainsi que la membrane « qui revêt les ventricules; substance grise ayant « une teinte rosée, beaucoup plus sensible dans les « couches des nerfs obtiques; substance blanche « très-molle, injectée, visqueuse et se réduisant fa- « cilement en pulpe. »

Certes, voilà bien des altérations qui peuvent expliquer les désordres fonctionnels remarqués chez cette malade. A.

n'a pu arriver qu'à la dernière période de l'existence.

Dans les autres faits que possède la science, il y a eu toujours altération des mouvements; néanmoins ce trouble n'a pas coïncidé avec le ramollissement des parties que l'on dit présider à tel ou tel mouvement. Dans une observation de M. Rullier, le ramollissement existait à la portion dorsale. L'altération du mouvement eut lieu aux membres supérieurs.

L'altération des mouvements se montre-t-elle aussi souvent dans le ramollissement des faisceaux antérieurs que dans celui des faisceaux postérieurs? Il y a des cas à peu près égaux en nombre de chaque côté.

Cette altération des mouvements a coïncidé avec le ramollissement de la substance grise ou de la substance blanche qui existe, d'ailleurs, aussi souvent dans l'une que dans l'autre. Cette opinion est contraire à celle des physiologistes qui pensent que la substance grise préside seule aux mouvements.

Cette altération des mouvements est très-diverse. Il y a diminution ou abolition complète selon que le ramollissement est plus ou moins étendu. L'altération peut porter sur deux ou quatre membres. Si le ramollissement n'attaque qu'un point de la moelle, l'altération du mouvement peut se borner à un seul membre. Quelquefois tous les membres se paralysent successivement. Cette paralysie est brusque ou graduelle.

D'autres parties peuvent aussi perdre la faculté de se mouvoir, aussi les muscles du tronc, les muscles inspirateurs peuvent être paralysés, ainsi que les muscles du pharynx, d'où résulte une difficulté ou une impossibilité complète de la déglutition. Cette paralysie du pharynx peut arriver sans douleur à la gorge, et alors ce symptôme est le premier qui se montre. Les muscles de la vessie et de l'anus peuvent aussi être paralysés.

Il y a des cas où l'on a observé cette même rigidité, cette même contracture, qui se présentent dans le ramollissement des hémisphères cérébraux. Cette contracture peut précéder la paralysie, la suivre ou coïncider avec elle.

Les convulsions se sont aussi montrées quelquefois. Elles peuvent être partielles ou générales, affectant à la fois les membres et le tronc. C'est alors le phénomène prédominant.

On a aussi quelquefois observé le hoquet. Ce hoquet s'est manifesté seul ou coïncidant avec les convulsions.

On a observé des cas où en même temps qu'il y avait des mouvements convulsifs dans le tronc, il y avait immobilité complète des membres.

Lésions du sentiment. La douleur à la colonne vertébrale n'est pas constante. Mais il y a des cas où les malades ont éprouvé de la douleur dans plusieurs parties du corps, et il est possible d'admettre que les nerfs qui aboutissent à un point de la moelle ramollie puissent être influencés par ce ramollissement.

La sensibilité a été quelquefois entièrement abolie. Tantôt les malades n'éprouvent que des picotements, des fourmillements, des douleurs cutanées; quelquefois la sensibilité de la peau est notablement exaltée. Les douleurs sont quelquefois profondes. Elles peuvent être permanentes ou bien n'apparaître qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.

Il arrive quelquefois que ces douleurs précèdent de longtemps le ramollissement, et alors, ainsi isolées, elles peuvent en imposer au médecin, qui les confond avec des névralgies, des rhumathismes, etc., etc. On a quelquefois observé un refroidissement d'un ou de plusieurs membres.

La vie de nutrition peut présenter quelques symptômes. Digestion ordinairement intacte, circulation aussi. Cependant il est des cas où la circulation a été profondément troublée. On a observé tantôt des palpitations, tantôt des syncopes fréquentes. La respiration peut rester intacte. Mais lorsque le ramollissement existe à la partie supérieure de la moelle ou qu'il est aigu, la respiration se trouble. Un phénomène quelquefois observé a été la dyspnée qui a pu être prise pour un asthme.

L'action du ramollissement de la moelle sur les organes génitaux n'a été que de produire l'érection, dans un certain nombre de cas et quelle que fût la partie de la moelle ramollie. Ce phénomène a été surtout observé dans le ramollissement aigu.

Mode selon lequel se groupent les symptômes sous la forme aiguë ou chronique.

Sous la forme aiguë, mort presque subite. La durée est de moins de vingt-quatre heures. État comateux, résolution des membres, convulsions. Quand la maladie dure de vingt-quatre heures à quelques jours, l'état comateux n'est pas le premier symptôme qui apparaisse.

Sous la forme chronique la maladie peut se prolonger depuis quelques mois jusqu'à des années.

Marche. La maladie peut être stationnaire ou peut présenter des alternatives d'exacerbation et de calme, ou bien s'accroître graduellement. Cet accroissement s'étend tantôt des parties supérieures aux inférieures, tantôt des inférieures aux supérieures.

Il est des cas où la maladie n'a pas présenté de prodrôme. Ceux que l'on a observés le plus souvent sont des fourmillements, des douleurs simulant les névralgies, les rhumatismes, etc.

Terminaison. Il est douteux que ce ramol-

lissement puisse se terminer favorablement; la mort en est le résultat ordinaire. Les malades s'affaiblissent, s'épuisent, la déglutition et la respiration deviennent impossibles.

D. DE L'INDURATION DES CENTRES NERVEUX.

L'induration des centres nerveux a été plus rarement observée que le ramollissement.

Elle peut être partielle ou générale. Quand elle est générale, elle affecte la masse encéphalo-crânienne et la moelle épinière.

L'induration peut n'être pas portée au même degré dans tous les points.

Quelquefois la consistance des parties a été augmentée au point de pouvoir être comparée à de la cire ou à du fromage du Gruyère; quelquefois au point de ressembler à un véritable fibro-cartilage, dont elles avaient l'élasticité.

Quand l'induration est partielle, elle peut avoir son siége dans toutes les parties :

Dans les hémisphères cérébraux;

Un certain nombre de circonvolutions;

Les parties blanches centrales;

Rarement les corps striés ou la couche optique;

Les cornes d'Ammon, tantôt une seule, tantôt deux;

Le corps calleux;

Le *septum lucidum;*

Rarement la voûte à trois piliers;

Dans le cervelet, soit le lobe médian, soit les lobes latéraux;

Enfin dans la moelle épinière.

L'induration peut exister seule, ou coïncider avec d'autres affections. Elle peut être compliquée d'hypérémie ou d'anémie, d'hypertrophie ou d'atrophie. Autour du point induré on peut rencontrer un ancien foyer hémorragique cicatrisé, des productions accidentelles, etc.

Enfin les méninges peuvent être affectées vers le point où elles correspondent au point induré.

Cette maladie a été observée à tous les âges.

Symptômes de l'induration des hémisphères cérébraux.

Qu'il y ait congestion, ou qu'il n'y ait pas de complication, les symptômes sont les mêmes dans l'un et l'autre cas; ce sont ceux des fièvres dites ataxiques : mouvements convulsifs, trouble de l'intelligence, délire auquel succèdent l'affaiblissement, la résolution des membres, le coma, la mort.

Cette induration de la totalité des hémisphères cérébraux est rarement chronique. La science en possède trois cas (*Archives générales de Médecine*, tome XIII, p. 419; *Journal des Progrès,* tome XVII, p. 257). Dans un de ces cas, idiotisme complet; dans les deux autres, hébétude; dans deux, épilepsie; dans un, faiblesse des quatre membres, qui finit par une paralysie complète, interrompue par des convulsions; dans tous, sensibilité obtuse. Dans un des cas, atrophie complète d'un des hémisphères cérébraux. Un cas où l'âge et la durée de la maladie ne sont pas indiqués; dans un autre, symptômes durant toute la vie; mort à vingt-deux ans. — 3e cas. Premiers symptômes à quarante et un ans, mort à quarante-huit.

Dans l'induration partielle des hémisphères cérébraux, qui n'a été vue qu'à l'état chronique, le symptôme le plus constant a été l'altération des mouvements, la paralysie s'étendant graduellement simple ou avec contracture, convulsions partielles ou générales.

Les désordres de l'intelligence ont été moins constants. On a vu coïncider les symptômes épileptiques avec l'induration des cornes d'Ammon.

M. Lallemand cite un cas d'induration de la substance blanche du lobule moyen, sans qu'il y ait eu le moindre trouble dans l'intelligence et les mouvements. Le malade seulement ne pouvait pas parler.

On a vu l'induration, dans les deux côtés des hémisphères, ne point donner lieu à l'altération des mouvements.

Nous avons eu occasion de voir une petite fille de vingt mois, dont les fonctions de la vie de nutrition étaient parfaitement intactes, et qui ne présentait d'autre altération dans les mouvements, qu'un balancement invincible de la tête, de droite à gauche. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, elle tomba dans le marasme et mourut. A l'autopsie, on trouva les circonvolutions des deux hémisphères tellement indurées, qu'elles offraient la densité et l'élasticité d'un fibro-cartilage. Elles présentaient la couleur de l'ivoire, et la substance grise et blanche avait la même couleur. A la partie inférieure d'un lobe latéral du cervelet, on voyait une poche enkystée, dans le liquide de laquelle nageaient des granulations semblables à des esquilles d'un os fracturé.

L'induration du corps calleux n'a jamais été trouvée seule.

Le *septum lucidum* a été trouvé induré, comme un fibro-cartilage.

L'induration du cervelet peut exister avec ou sans symptômes.

(*Voyez* Serres, *Anatomie du cerveau,* t. II; Gall, *Fonctions du cerveau,* tom. III; Rostan, *Ramollissement,* pag. 169.)

L'induration de la moelle épinière peut être générale ou partielle. Elle peut acquérir une telle consistance, qu'on lui fait subir des tractions, qu'on lui fait supporter des poids, sans qu'elle se rompe.

Le symptôme remarqué a été la paralysie augmentant graduellement.

Pour toutes ces indurations diverses, il est impossible d'établir un traitement général.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DE SÉCRÉTION DES CENTRES NERVEUX.

Dans tous les organes qui sont tapissés ou bornés par une membrane muqueuse ou séreuse, les altérations de sécrétion jouent un grand rôle. Nous avons vu combien leur étude est importante dans les maladies des appareils de la vie de nutrition. Dans les appareils de la vie de relation, ces altérations sont encore peu connues, et quelques observateurs seulement ont fixé leur attention sur ce point. Nous allons exposer l'état de la science sur ce sujet.

Dans tout organe il existe une certaine proportion de sérum. Dans certaines circonstances cette proportion de sérum peut augmenter beaucoup ; ces circonstances peuvent exister pour les centres nerveux.

AUGMENTATION DE LA SÉCRÉTION INTERSTITIELLE OU OEDÈME DU CERVEAU.

Cette altération consiste dans une infiltration d'une certaine quantité de liquide séreux dans la pulpe cérébrale. Le cerveau paraît et est réellement plus mouillé qu'à l'ordinaire. Quand on le coupe par tranches on voit suinter de petites gouttelettes d'eau, et en le pressant et l'exprimant on en fait couler une plus ou moins grande quantité de liquide.

Cet œdème du cerveau peut coïncider avec l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans l'arachnoïde, dans la grande cavité de la faux du cerveau ou dans les ventricules. Il peut exister en même temps qu'un ramollissement ou qu'une hémorragie. Il peut aussi constituer la seule altération qu'on trouve sur le cadavre.

L'œdème du cerveau n'a été observé que dans les hémisphères cérébraux, le corps calleux et la voute à trois piliers.

Il peut survenir au milieu de circonstances très-diverses ; il peut être originaire; d'autres fois, et c'est le plus souvent, il se montre pendant le cours de certaines maladies chroniques; il arrive alors comme complication de ces maladies. Il peut survenir aussi pendant le cours ou vers la fin de certaines maladies du cerveau ; ainsi il n'est pas rare de voir cet organe s'œdématier après un épanchement sanguin. Il doit être considéré, 1° comme maladie primitive, 2° comme succédant à une maladie du cerveau ; 3° comme pouvant coïncider avec une des maladies de cet organe.

Il a été observé à tous les âges, chez des enfants qui n'avaient que quelques mois, chez les adultes, beaucoup plus souvent chez les vieillards.

Cette maladie peut se présenter sous deux formes diverses et qui la rendent bien distincte, sous la forme aiguë, ou sous la forme chronique.

1° *Forme aiguë.* Elle est beaucoup plus rare que la forme chronique. Les symptômes qu'elle détermine ressemblent entièrement à ceux d'une forte attaque d'apoplexie. En effet, l'individu est pris tout à coup de perte de connaissance, de paralysie, d'état comateux. La ressemblance devient plus parfaite lorsque le poumon s'engoue et que la respiration devient stertoreuse. Alors la mort arrive chez les uns en moins d'une heure, chez les autres au bout de plusieurs heures, d'autres fois après quelques jours, mais toujours avec les symptômes de l'état apoplectique. C'est la véritable apoplexie séreuse des anciens.

Voyez, combien c'est avec juste raison que nous avons rejeté le terme d'*apoplexie* comme synonyme d'hémorragie cérébrale. Ici tout le cortége d'une apoplexie se manifeste avec une altération toute différente.

On a vu l'œdème aigu du cerveau survenir au moment où d'autres maladies disparaissaient. Ainsi, Dance a publié l'observation d'un individu affecté d'une ascite qui disparut, et qui fut remplacée par un œdème du cerveau. Le malade succomba en moins d'un quart d'heure.

2° *Forme chronique.* Cette forme a été plus souvent observée ; elle se rencontre surtout chez les vieillards très-avancés en âge. Chez quelques malades on voit l'intelligence, le sentiment et le mouvement s'affaiblir sans qu'on puisse accuser l'influence de l'âge, mais bien un état morbide du cerveau, qui se présente alors infiltré de sérosité, œdématié.

M. Etoc Demazy attribue la stupidité des aliénés à l'œdème chronique du cerveau ; il a soutenu, il y a deux ans, une thèse remarquable sur ce sujet.

Quant au traitement, il doit varier suivant que l'œdème est à l'état aigu ou à l'état chronique. A l'état aigu, il se rapproche des flux actifs contre lesquels on doit employer les émissions sanguines, et des révulsifs puissants. A l'état chronique, ces mêmes révulsifs sont plus ou moins répétés.

DU PUS DANS LES CENTRES NERVEUX.

Le pus peut se rencontrer à deux états : infiltré ou réuni en foyer, en abcès. Dans ce dernier cas, il peut se trouver immédiatement en contact avec la substance cérébrale, tantôt séparé d'elle par une membrane, soit séreuse, soit fibreuse, tantôt cellulo-vasculaire, tantôt cartilagineuse et même osseuse.

De là deux divisions des abcès : enkistés, non enkystés. La substance nerveuse peut rester saine autour de ces abcès, ou bien subir plusieurs altérations. On l'a vue hypérémiée, ramollie, indurée.

Soit qu'il soit infiltré, soit à l'état d'abcès,

le pus a été trouvé dans les hémisphères cérébraux, dans le cervelet, le mésocéphale, la moelle épinière. Dans cette dernière on ne l'a jamais vu qu'infiltré.

L'abcès peut être unique, ou bien il peut y en avoir plusieurs.

Il peut se faire jour de diverses manières. Si l'abcès est superficiel, il perce dans les membranes. S'il est situé près des ventricules, il peut s'ouvrir dans leur cavité. Enfin, il peut se frayer un passage par un conduit fistuleux plus ou moins allongé.

Dans le plus grand nombre de cas, le pus se forme sous l'influence d'une irritation directe, à la suite de coups ou de chutes. Quelquefois l'inflammation des parties qui avoisinent le cerveau peut déterminer la présence du pus dans le cerveau. Ainsi on a vu quelquefois l'inflammation de l'oreille moyenne et celle de l'oreille interne occasionnant la carie du rocher, verser dans le cerveau une certaine quantité de pus.

D'autres fois ces abcès surviennent sans causes appréciables. Dans ces cas la formation de ces abcès est précédée d'autres lésions. Le cerveau s'injecte, se ramollit, devient pulpeux et purulent.

A la suite des grandes opérations chirurgicales, dans quelques cas de suppuration supprimée, le cerveau présente des foyers purulents disséminés dans plusieurs points de sa substance. Dans ces cas le cerveau seul ne présente pas ce phénomène. On le trouve encore dans les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire. C'est un véritable dépôt de pus.

Symptômes. Sont, 1° ceux de la maladie même qui a produit le pus; 2° ceux de l'inflammation qu'il occasionne; 3° ceux de la compression mécanique qu'il exerce sur le cerveau.

La mort peut survenir rapidement, ou bien les symptômes peuvent diminuer et s'aggraver alternativement pendant un certain temps. Enfin, ils finissent par prendre le plus haut degré d'intensité et le malade succombe. Le pus est alors enkysté et la membrane du kyste est dure et résistante. Ces cas ne sont pas rares.

Un autre cas peut se présenter. Les mêmes symptômes peuvent paraître et disparaître un assez grand nombre de fois.

Enfin, il est des cas bien constatés où les abcès ne se traduisent pas par des symptômes tranchés.

Une fois le pus formé, la maladie à laquelle il donne lieu peut avoir une durée très-variable.

Les abcès du *cervelet* sont plus rares. Ils ont été souvent accompagnés de lésions du mouvement. M. Lallemand, quatrième lettre, cite un cas où les deux lobes du cervelet furent trouvés infiltrés de pus. Les symptômes observés furent d'abord une paraplégie à laquelle succéda une paralysie complète. Il y avait aussi perte de la vue.

Dans plusieurs cas d'affections semblables du cervelet, il y eut des vomissements.

Il s'est présenté des cas d'abcès dans le cervelet sans altération de l'intelligence et des mouvements. A la clinique de Dupuytren, on a observé un cas d'abcès dans un lobe cérébelleux. Le seul symptôme fut une céphalalgie occipitale. Un cas, cité par Dance, de trois abcès cérébelleux. Symptôme unique : accès de céphalalgie. Dans aucun cas il n'est fait mention des organes génitaux.

IVe CLASSE. — PRODUCTIONS MORBIDES DÉVELOPPÉES DANS LES CENTRES NERVEUX.

Les altérations de nutrition et de sécrétion des centres nerveux ne se bornent pas à celles que nous venons d'examiner. Dans certaines circonstances, et sous l'influence de causes qu'il est presque toujours impossible d'apprécier, les molécules nerveuses peuvent disparaître et être remplacées par des produits accidentels de même nature que ceux qui se developpent dans le poumon, le foie et les autres viscères.

Les plus fréquents de ces produits accidentels dans les centres nerveux, sont les tubercules et le cancer.

DES TUBERCULES DES CENTRES NERVEUX.

La forme, la texture et la structure des tubercules des centres nerveux sont les mêmes que celles des tubercules des autres organes.

Siége. On les a rencontrés dans toutes les parties des centres nerveux.

Dans les hémisphères du cerveau (plus souvent au-dessus qu'au-dessous des parois des ventricules);

Dans les couches optiques, les corps strités entre les circonvolutions inférieures et le centre ovale de Vieussens ;

Dans le mésocéphale ;

Dans la glande pinéale ;

Dans le cervelet ;

Dans le bulbe rachidien ;

Dans le corps pituitaire, d'après les observations de M. Mitivier.

Dans la moelle épinière, et alors plus souvent dans la portion cervicale que dans la portion dorsale, et dans celle-ci plus souvent que dans la lombaire.

Des tubercules ont été trouvés dans les deux substances grise et blanche. On n'en a pas trouvé dans les parties blanches centrales.

Ces tubercules sont plus souvent enkystés que ceux des autres parties du corps.

Leur volume est variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule et au delà. Tout un lobe du cerveau

peut être transformé en une masse tuberculeuse.

Il est des cas où l'on n'a trouvé qu'un seul tubercule ; mais le plus ordinairement on les trouve en nombre plus ou moins variable. Il existe une observation où l'on en trouva deux cents dans la substance grise.

ÉTAT DE LA PULPE NERVEUSE AUTOUR DES TUBERCULES.

La pulpe nerveuse, autour de ces tubercules peut rester entièrement saine. On dirait alors que la masse tuberculeuse n'a pas agi sur la pulpe, et il est très-difficile de les distinguer l'une de l'autre. Elle peut présenter des altérations variables : c'est tantôt une simple injection, tantôt un ramollissement, tantôt une induration. Souvent on trouve un affaissement tel des circonvolutions, qu'elles semblent effacées.

Les membranes peuvent aussi présenter des altérations. Elles ont été trouvées épaissies, injectées, ayant contracté des adhérences entre elles ou avec la pulpe nerveuse, présentant des épanchements séreux, aigus ou chroniques (1).

Les tubercules des centres nerveux coïncident toujours avec les tubercules pulmonaires: ce qui confirme cette proposition de M. Louis, que toutes les fois qu'un organe présente des tubercules, il en existe aussi dans les poumons. Cependant on a vu deux cas de tubercules cervicaux qui ne coïncidaient pas avec les tubercules pulmonaires. L'un est dû à M. Paillard, *Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 15; l'autre est consigné dans la thèse de M. Duffourc.

Causes. Les tubercules des centres nerveux se développent, dans l'immense majorité des cas, indépendamment des causes extérieures irritantes. Ils se développent lentement, sourdement, sans aucune influence extérieure. On ne peut attribuer leur production qu'à une perversion des fonctions de nutrition et de sécrétion.

Ces tubercules sont surtout une maladie des enfants. On les a cependant rencontrés chez les adultes jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans. Passé cet âge, on n'en a plus rencontré. Leur plus grande fréquence est de un à cinq ans, et puis de dix à douze ans.

(1) C'est chez les enfants surtout que s'observent ces vastes épanchements autour des tubercules ou dans les méninges. L'hydrocéphale aiguë des enfants résulte souvent de ces tubercules, et c'est l'épanchement séreux qui cause la mort des malades. A l'autopsie des enfants morts phthisiques, on a souvent trouvé des tubercules dans le cerveau, dont la présence s'était manifestée par des symptômes de méningite. Les belles recherches de M. Rufz ont singulièrement éclairé ce point de pathologie.

Symptômes. Dans quelques cas ils ne se sont traduits par aucun symptôme. Dans quelques autres cas, les symptômes se présentaient sous une forme intermittente. La santé était à peu près parfaite dans l'intervalle des deux accès. Dans d'autres cas, on n'a aperçu que quelques troubles légers s'exaspérant par intervalle.

Ces symptômes sont la céphalalgie, qui existe dans le plus grand nombre des cas. Elle peut être continue ou intermittente. Cette céphalalgie, que les malades appellent migraine, a été souvent le seul accident.

Dans d'autres cas, il y a eu des lésions nombreuses du mouvement. C'était tantôt la paralysie, tantôt la contracture, des convulsions, des accès épileptiformes. Ces accidents se sont montrés, soit isolés, soit réunis.

L'intelligence peut se conserver saine ou se troubler. Dans quelques cas il y a eu des vomissements.

On peut dans certains cas acquérir au moins une grave présomption de tubercules cervicaux. Qu'un enfant, par exemple, ait une céphalalgie, seule ou accompagnée de lésions de mouvements, que cette céphalalgie soit intermittente ou constante, examinez attentivement les organes thoraciques. Si vous reconnaissez des tubercules pulmonaires vous êtes fortement fondé à soupçonner des tubercules cervicaux.

Plusieurs malades atteints de tubercules cervicaux ont succombé à une méningite ou à une hydrocéphale aiguë.

Les tubercules du mésocéphale n'ont rien présenté de particulier. M. Larcher en a cité un cas où le principal symptôme avait été la chorée.

Les tubercules du cervelet sont plus rares que ceux du cerveau. La science en possède vingt cas.

Voici les symptômes observés :

Céphalalgie vers l'occiput s'irradiant ou non, dix-sept fois.

Dans un cas le malade présenta des vertiges presque continuels; il tombait sans perte de connaissance, ni écume à la bouche.

Sensibilité. Rien de particulier; dans un seul cas la peau fut légèrement endolorie.

Vue affaiblie ou perdue, sept fois.

Intelligence affaiblie, cinq fois.

Mouvements convulsifs, sept fois.

Paralysies, huit fois.

Vomissements, dix fois.

Organes génitaux modifiés une fois dans un cas cité par M. Montault; le siége des tubercules était dans le lobe médian. Il y avait un désir immodéré de coït.

Dans tous ces cas la maladie a eu une marche lente et chronique, traversée de temps en temps par des symptômes de maladie aiguë, tels que les convulsions et le délire. Après une

production de tubercules plus ou moins éloignée, une maladie bien franche peut se déclarer, telle qu'une hydrocéphale ou une méningite aiguë. Alors le coma survient et la mort arrive rapidement. Telle est la terminaison ordinaire des tubercules du cerveau.

Dans la moelle épinière, les tubercules sont aussi plus communs chez les enfants que chez les adultes. Cependant M. Prus en a observé sur un homme de soixante ans.

Les symptômes qui les traduisent sont ceux de la compression et de l'irritation qu'ils déterminent, et de ces effets résultent des lésions du mouvement et du sentiment. Dans un cas où les tubercules siégeaient dans le bulbe rachidien, le malade mourut dans des accès d'ydrophobie.

CANCER DES CENTRES NERVEUX.

Cette affection est beaucoup plus rare que les tubercules; le nombre des observations est limité, et par cela même nous pouvons en faire une analyse rigoureuse.

La science en possède quarante-cinq cas.

Siége. Sur ces quarante-cinq cas, le cerveau en a été le siége trente-deux fois.

Le cervelet, cinq fois;

Le mésocéphale deux fois;

Le corps pituitaire, trois fois;

La moelle épinière, cinq fois.

Le volume du cancer est très-variable. Tantôt petit comme une noix, il peut envahir le quart, la moitié et plus des masses encéphaliques. Tantôt le cancer existe sur un seul point, tantôt plusieurs parties offrent la dégénération cancéreuse. M. Esquirol a vu un cas où le cancer existait dans les deux masses hémisphériques.

La substance cérébrale autour de la masse cancéreuse peut rester saine. Elle peut présenter les diverses altérations qui ont été décrites à l'article *Tubercules*.

Les méninges peuvent tantôt rester saines tantôt présenter diverses altérations. Elles peuvent être injectées, enflammées, présenter l'altération cancéreuse. Elles ont quelquefois entièrement disparu, les parois osseuses elles-mêmes peuvent présenter la dégénération cancéreuse. Il existe un cas où le cancer du cerveau coïncidait avec un cancer de l'oreille. Un autre cas avec celui de l'éthmoïde et de toutes les fosses nasales. D'autres cas où tous les nerfs qui sortent par la base du crâne ont été trouvés profondément altérés. Les nerfs qui ont été vus le plus souvent altérés ont été les nerfs olfactifs et optiques. Ces nerfs ont présenté des lésions différentes; on les a trouvés : 1° cancéreux; 2° détruits; 3° atrophiés.

Quand le cancer affecte les centres nerveux, dans quelles conditions se trouvent les autres parties du corps? Ou bien, pour que le cancer existe dans les masses nerveuses, y a-t-il nécessairement toujours diathèse cancéreuse? Dans les quarante-cinq cas observés, il n'en existe que dix où il soit question de cancer dans les autres parties du corps, et dans ces dix cas, chose bien remarquable, c'étaient les testicules qui avaient été primitivement le siége de l'affection cancéreuse. En même temps qu'un sarcocèle s'était manifesté, plusieurs parties du corps étaient devenues le siége de tumeurs. Dans deux cas les sujets de l'observation avaient reçu un coup sur le testicule. Le sarcocèle se manifesta, tout le reste de l'économie semblait être resté étranger à cette affection. On ampute le testicule, la diathèse cancéreuse se déclare, les malades meurent, et à l'autopsie on trouve des points cancéreux dans le cerveau, la moelle épinière, etc.

Causes. Tout à fait inconnues. Sur ces quarante-cinq cas on donne pour causes deux fois l'abus des liqueurs alcooliques; mais que de fois cet abus n'entraîne pas le même résultat. Les violences extérieures sur la tête sont citées deux fois, une fois un cas de phlegmon. La dégénération cancéreuse n'a jamais été vue succédant à une maladie de l'organe. C'est toujours graduellement et lentement qu'elle s'établit.

Ages :

Avant 20 ans, 9 cas : 2 enfants de deux ans; 1 de 3 : 1 de quatre; 1 de sept; 1 de onze; 1 de douze; 1 de quatorze; 1 de dix-sept.

De 20 à 30 ans, 3 cas : 1 à 21 ans, 1 à 26, 1 à 29.

De 30 à 40 ans, 8 cas : 2 à 33 ans, 1 à 34, 1 à 35, 1 à 36, 2 à 37, 1 à 38.

De 40 à 50 ans, 11 cas : 1 à 40 ans, 1 à 41, 3 à 45, 3 à 47, 2 à 48, 1 à 50.

De 50 à 60 ans, 9 cas : 1 à 51 ans, 3 à 52, 1 à 55, 1 à 57, 3 à 59.

De 60 à 80 ans, 5 cas : 1 à 62 ans, 1 à 64, 1 à 66, 1 71, 1 à 77.

Symptômes. Ils diffèrent peu de ceux des autres lésions du cerveau.

Intelligence. Il y a des cas où elle est restée intacte pendant toute la maladie. D'autres cas où elle s'est altérée vers la fin de la maladie. D'autres où cette altération s'est montrée par intervalles. D'autres où elle a été troublée tout le temps de la maladie. Tantôt cette altération n'était qu'un affaiblissement de l'intelligence, tantôt la raison se perdait tout à fait, il y avait aliénation mentale.

Mouvements. Peuvent rester intacts. Quand ils s'altèrent, cette altération arrive toujours graduellement. Il y a tantôt hémiplégie, paraplégie, paralysie entière. Il y a des cas de convulsions qui sont quelquefois intermittentes qui peuvent aussi alterner avec la paralysie. Ces convulsions ont été quelquefois le seul symptôme appréciable. Enfin, l'épilepsie a été observée.

Lésions du sentiment. Un des désordres les plus constants, c'est la céphalalgie. Elle a existé dans presque tous les cas. Elle a une intensité variable. Elle est quelquefois vive, intolérable, atroce. Elle est encore remarquable sous le rapport de sa durée, on l'a vue exister pendant plusieurs années. Elle se fait sentir, tantôt vers le côté malade, c'est le cas le plus commun, tantôt vers des points opposés. Elle peut être fixe sur un point ou s'irradier vers d'autres parties, cesser vers le point malade et être perçue vers des parties plus ou moins éloignées, vers la face surtout au point de simuler une névralgie faciale. On peut d'autant plus se faire illusion à ce sujet que la douleur cesse par la pression. Cette douleur n'est pas toujours lancinante. Sous le rapport de la durée, elle peut être persistante ou intermittente. On l'a vue quelquefois diminuer ou cesser sous l'influence d'une saignée ou de l'écoulement menstruel.

La douleur peut aussi exister sur divers points du corps.

On a vu trois fois une singulière exaltation de la sensibilité cutanée ; deux fois une démangeaison insupportable à la peau. Dans quelques cas, au contraire, la sensibilité cutanée a été abolie.

Dans quelques cas on a observé un affaiblissement graduel et progressif. Dans une observation relative à une fille de dix-sept ans, tous les sens furent successivement abolis. Elle devint sourde, muette, aveugle, perdit la sensation du goût, de l'odorat et du toucher; le tronc fut paralysé et les membres conservèrent leur mobilité. Cette jeune fille, qui ne pouvait plus se mettre en relation avec les objets extérieurs, conserva son intelligence entièrement saine ; la faculté de penser seule resta intacte.

Enfin il existe quelques cas où les sens ont été perdus et recouvrés alternativement. L'ouïe et la vue sont dans ce cas.

Les fonctions de nutrition ont été rarement altérées. On a observé un cas de vomissement; un cas de constipation qui a duré neuf mois.

La circulation est restée intacte.

La teinte jaune-paille qui caractérise si bien la diathèse cancéreuse, n'a pas été constamment observée.

Le cancer du corps pituitaire a été observé trois fois. Dans le premier cas, les symptômes ont été : sentiment de pesanteur à la partie antérieure de la tête, amaurose, coma, mémoire affaiblie.

Deuxième cas : Amaurose, céphalalgie pendant trois ans, affaiblissement progressif, coma.

Troisième cas : Amaurose; contracture. Dans ce troisième cas, la tumeur cancéreuse était volumineuse et s'élevait de chaque côté de la selle turcique. Ces trois cas ont été observés par M. Rayer.

On a observé cinq cas de cancer dans le cervelet, il faut en retrancher deux qui étaient compliqués de méningite chronique. Dans ces trois cas on a observé la céphalalgie occipitale revenant par intervalles, agitation générale, convulsions épileptiformes, démarche d'un homme ivre. Dans un de ces cas il y a eu renversement de la tête en arrière. Il y a eu absence de paralysie, l'intelligence a été peu altérée. Dans un cas il y a eu amnésie partielle ou perte de la mémoire des mots. Dans un autre on a noté des éblouissements et des vertiges précédant le vomissement ou alternant avec lui.

Le cancer du mésocéphale n'a été observé que deux fois. Dans un de ces cas, publié par M. Dechambre, il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, qui éprouva pendant quelque temps des étourdissements, des battements de cœur, de la céphalalgie et de la douleur à l'œil gauche; plus tard il y eut affaiblissement dans les muscles de la face, d'abord, et puis dans les quatre membres. On observa ensuite un singulier mouvement d'abaissement et d'élévation des globes des yeux. Du côté de la sensibilité il y eut engourdissement des membres, en même temps douleur très-vive à la plante des pieds, aux mollets et aux genoux. La vue, le goût et l'odorat s'affaiblirent bientôt; une plume introduite dans les narines ne provoquait aucune sensation; l'ouïe cependant resta intacte, car la malade aimait qu'on lui fît la lecture. Les pupilles étaient contractées. On observa aussi des vomissements.

Les cancers de la moelle épinière présentent à peu près les mêmes phénomènes que ceux déterminés par les cancers du cerveau et du cervelet. Dans un cas publié par M. Velpeau, qui l'observa sur une femme de trente-six ans, il y eut des mouvements convulsifs, des douleurs vives dans les membres, mais paralysie du mouvement et du sentiment.

Des produits morbides divers qui peuvent se développer dans les centres nerveux.

Calculs. Les centres nerveux ne sont pas exempts de productions calculeuses. La science en possède sept cas, dont six dans les hémisphères cérébraux, et un dans le cervelet. Ces calculs ont déterminé des symptômes très-divers, dont la manifestation n'a jamais pu mettre sur la voie du diagnostic.

Productions fibreuses, cartilagineuses. Un seul cas, observé sur une vache : il y avait affaiblissement des membres gauches.

Kystes. Des kystes variés ont été trouvés dans les centres nerveux : ils déterminent des symptômes de compression.

Productions adipeuses. Il en existe quatre

cas : un dans le lobe antérieur du cerveau, un dans le mésocéphale, deux dans la selle turcique.

Concrétions osseuses. On en connaît six cas. Dans un cas, où de petites concrétions osseuses siégeaient dans le corps strié, il y avait eu balancement de la tête. Dans les autres cas il ne s'était manifesté que des symptômes de compression.

Quant aux âges, on en a trouvé à 20 mois, à 20 ans et à 57 ans.

Entozoaires. Enfin, des entozoaires de différentes espèces ont été trouvés dans les centres nerveux. Deux fois on y a trouvé des acéphalocystes. Dans presque tous les cas il avait existé des convulsions.

DES MALADIES DES CENTRES NERVEUX QUI SE PRÉSENTENT SANS ALTÉRATIONS CADAVÉRIQUES.

Les nombreuses maladies que nous venons de passer en revue laissent constamment après elles des altérations cadavériques appréciables. Dans celles que nous allons maintenant examiner, il n'en est pas ainsi. Dans la plupart des cas, il nous est impossible d'apprécier, après la mort, les lésions organiques qui ont déterminé les altérations fonctionnelles : le scalpel est impuissant pour nous faire découvrir la cause matérielle de la maladie; ou, si, par l'investigation minutieuse, nous parvenons à trouver quelques altérations, elles ne suffisent pas pour expliquer les phénomènes, car elles ne sont point constantes, et dans l'immense majorité des cas elles ne sont point en rapport avec la gravité des symptômes. Il ne faut pas douter néanmoins que le siége de ces maladies soit dans les centres nerveux, car, sous peine de s'égarer dans l'immense labyrinthe des hypothèses et des conjectures, il faut nécessairement admettre que toute lésion fonctionnelle reconnaît pour cause une lésion de l'organe. Il serait tout aussi téméraire d'affirmer que ces lésions organiques sont toujours appréciables; l'impatience bien naturelle de vouloir rendre la science positive ne peut encore aller jusque-là, et l'étude à laquelle nous allons nous livrer ne démontrera que trop combien grande est encore notre ignorance sur l'anatomie pathologique des maladies des centres nerveux qui nous restent à examiner.

Nous sommes donc arrivés à l'étude d'un genre spécial de maladies très-diverses et très-complexes, généralement désignées sous le nom de *névroses*.

Nous avons déjà dit que dans quelques cas elles laissent après elles des altérations anatomiques. Quand on les rencontre, on est porté à croire qu'elles sont la cause des désordres fonctionnels, et qu'en elles réside le siége de la maladie. Mais ces lésions sont-elles causes ou effets? C'est ce qui est fort difficile de déterminer. Dans l'épilepsie, par exemple, les lésions variées et diverses qu'elles laissent quelquefois après elles, ne suffisent pas pour expliquer les désordres fonctionnels; et dans les cas où ces lésions n'existent pas, il faut bien admettre qu'il y a quelque chose qui prédispose à l'épilepsie, et que souvent les altérations anatomiques ne sont qu'un effet de la maladie. Jetez, en effet, les yeux sur un épileptique au moment de son accès; vous voyez la face gonfler et rougir, la conjonctive s'injecter, etc. Nierez-vous que ce ne soit là un effet de la maladie? Or, ce qui se passe sur la face peut aussi se produire dans le cerveau. Et si, après la mort d'un épileptique, vous trouvez le cerveau hypérémié, vous ne pourrez tirer d'autre conséquence de cette hypérémie, qu'en admettant qu'elle est un résultat de l'épilepsie. Il faut donc reconnaître que les altérations anatomiques, dans les névroses, sont tantôt causes, tantôt effets de la maladie.

Afin d'établir quelque ordre dans l'étude de ces maladies, il nous paraît naturel de les rattacher aux troubles fonctionnels qui les caractérisent. Ainsi, les unes consistent dans un trouble de l'intelligence, les autres, dans une lésion du mouvement, les autres, enfin, dans un trouble du sentiment.

De là, trois grandes classes de névroses à établir :

Dans la première, nous plaçons les troubles de l'intelligence;

Dans la seconde, les troubles du sentiment;

Dans la troisième, les troubles du mouvement.

Après avoir étudié ces trois grandes classes de névroses, nous placerons :

Dans une quatrième classe, les troubles fonctionnels de la vie de nutrition et des fonctions génitales;

Dans une cinquième classe, nous étudierons les troubles dont est susceptible la force vitale, en nous réservant d'expliquer plus tard ce que nous entendons par force vitale;

Enfin, dans une sixième, nous rangerons les lésions fonctionnelles complexes qui résultent non du trouble isolé d'une seule fonction, mais de l'altération d'un grand nombre de fonctions, telles que celles de l'intelligence, du sentiment, du mouvement, etc.

Ire CLASSE. — MALADIES CARACTÉRISÉES PAR LA LÉSION DE L'INTELLIGENCE.

Nous distinguerons trois ordres dans cette classe :

1er *Ordre*. — Désordre aigu de l'intelligence, ou les délires;

2e *Ordre*. — Désordre chronique, ou aliénation mentale;

3° *Ordre.* — Désordre, non plus complet de l'intelligence, mais d'une de ses facultés, comme celle qui préside à la coordination des mots ou le langage, celle qui préside aux souvenirs ou la mémoire, à l'imagination, etc.

1er *Ordre.* — TROUBLE AIGU DE L'INTELLIGENCE.

Du délire.

Le siége de cette affection est évidemment dans le cerveau ; mais dans quelle partie du cerveau? Cette question n'est pas encore résolue. Plusieurs pathologistes modernes établissent que les troubles de l'intelligence coïncident avec une altération de la couche corticale des hémisphères. Ces pathologistes ont marché plus vite que la science. Il y a de grandes probabilités pour que cela soit ainsi, mais il n'y a point certitude : l'avenir seul peut décider cette question.

Quel que soit son siége, cette lésion est-elle toujours apparente? En nous étayant des faits que nous avons vus, nous répondrons que non. Mais dans certains cas nous avons vu le délire exister avec des lésions graves. Dans d'autres cas de délire existant depuis plusieurs jours avant la mort, on n'a rien trouvé ni dans le cerveau, ni dans ses membranes.

Ainsi, le délire n'est jamais en rapport avec les lésions du cerveau. Dans les cas où l'état anatomique du cerveau ne donne aucun renseignement, peut-on admettre qu'il a existé une congestion passagère qui s'est dissipée au moment de la mort? Rien ne prouve, d'abord, l'existence de cette congestion ; mais en l'admettant même, on recule la difficulté sans la résoudre ; car dans les cas de simple étourdissement, de tournoiement de tête, vous les attribuez aussi à la congestion. Voilà donc une même cause qui produit des résultats divers.

Quand on voit un malade affecté de délire, on est porté à penser et à dire qu'il y a chez lui excitation du cerveau. Il n'en est cependant pas toujours ainsi ; et c'est aller contre les faits de dire que le délire est toujours dû à un état d'irritation et de stimulation. Sans invoquer encore la lumière des faits, la raison ne dit-elle pas que l'irritation et la congestion ne sont pas plus nécessaires à l'existence de deux idées qui s'associent mal, d'où résulte le délire, qu'à l'existence de deux idées qui s'associent bien, d'où résulte la raison? Une fois le délire produit, la congestion peut bien survenir, mais alors c'est comme résultat, et non comme cause. Ainsi, quand un homme se met en colère, et qu'il survient une congestion cérébrale, dira-t-on que c'est parce qu'il y a eu congestion, qu'il s'est mis en colère? Non, car c'est la proposition inverse qui est la vraie. Or, la colère peut être considérée comme un léger délire : *Ira delirium brevis*, a dit Sénèque. Il en est de même pour un individu chez lequel un travail intellectuel long, assidu, opiniâtre, a déterminé une congestion cérébrale. Un homme qui délire est en travail intellectuel comme celui qui compose un poëme épique.

Nous croyons donc que tout ce qui apporte une modification quelconque dans le cerveau peut produire le délire. Remarquons même que ces modifications du cerveau, qui le font réagir sur lui-même, peuvent produire des effets bien différents du délire. Ainsi, nous avons vu, dans l'espace de quinze jours, deux paralysies de la face survenues, l'une à la suite de la colère, l'autre à la suite d'une nouvelle fâcheuse. L'explication de ces faits ne doit point être cherchée dans les amphithéâtres d'anatomie pathologique ; elle est sans doute dans le creuset du chimiste ou dans la balance du physicien.

En cherchant à diviser le délire d'après les causes qui le produisent et qui réclament un traitement différent, on trouve qu'il importe d'établir un délire sympathique et un délire idiopathique.

1° *Délire sympathique.* Celui-ci n'a pas son point de départ dans le cerveau. Une vive douleur à une partie quelconque du corps peut le faire naître, et tandis que certaines personnes peuvent supporter les plus grandes douleurs sans que le cerveau en soit altéré, d'autres présentent le délire dont il est ici question, après la douleur la plus légère.

Ce délire peut être continu ou intermittent, et, dans ce dernier cas, régulier ou irrégulier, avec ou sans fièvre.

Il est fort difficile de connaître la nature de ce délire sympathique ; tantôt il coïncide avec l'hypérémie du cerveau, tantôt il n'est point lié avec elle.

Il est évident que dans cette affection deux indications thérapeutiques principales se présentent : la première, de rechercher le point de départ, c'est-à-dire la cause ; la deuxième, d'attaquer la modification cérébrale qui est survenue.

Ainsi, quand il y a phlegmasie évidente d'un organe, les saignées abondantes et le régime antiphlogistique sont les meilleurs moyens à opposer au délire. A une époque où l'on faisait abus des vomitifs et des purgatifs, Stoll écrivait que sous leur influence disparaissait le délire. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir des malades atteints de fièvre continue, chez lesquels existait un léger délire, des rêvasseries, revenir à un état sain de l'intelligence, par l'emploi d'un vomitif. Chez ces individus, qui, sous l'impression d'une douleur plus ou moins vive, sont pris facilement de délire, il importe de calmer d'abord la douleur sous peine de voir naître des convulsions.

Quand on a vainement combattu la maladie ou la douleur, causes du délire, c'est vers la modification cérébrale elle-même qu'il faut diriger le traitement. Presque toujours le délire cède alors aux évacuations sanguines.

Dupuytren a éveillé l'attention sur ces cas assez fréquents où le délire survient, chez quelques individus, à propos de certaines lésions extérieures, de plaies, de contusions, de luxations, de fractures, etc. Ce délire ne s'accompagne pas de fièvre. Dupuytren l'a nommé *délire nerveux*. Ce chirurgien célèbre a bien prouvé que ce n'est plus par les émissions sanguines qu'il faut combattre ce délire, mais par les narcotiques et les préparations opiacées.

2° *Délire idiopathique*. Il y en a de plusieurs genres. Il peut être produit par une stimulation du cerveau ou de ses membranes (*Voy.* art. *Méningite*). Il y a une variété de ce genre de délire, qui est à noter. Les matelots qui cinglent vers les pays équatoriaux, sont quelquefois pris de délire et obsédés par une idée fixe. Au milieu de l'Océan ils s'imaginent voir des prés, des gazons, des champs de verdure, et croyant pouvoir les atteindre, ils se précipitent dans la mer. Les Espagnols ont nommé ce délire *calentura*. L'influence de la chaleur du climat est vraisemblablement pour beaucoup dans ce délire comme cause de congestion cérébrale. La nostalgie et le violent désir de voir la terre après une aussi longue traversée, agissent comme causes prédisposantes. Le traitement que réclame cette affection est le même que celui des congestions cérébrales : larges saignées, applications de corps froids sur la tête, etc.

Le délire idiopathique peut survenir par défaut d'excitation du cerveau, par faiblesse de cet organe ; aussi n'est-il pas rare de l'observer à la suite de grandes hémorragies. Il se manifeste aussi chez les sujets épuisés par des excès de fatigue, et qui viennent à être pris de maladies aiguës.

Le délire survient aussi dans la période avancée des maladies aiguës, à la fin d'un certain nombre de maladies chroniques, au moment où toutes les fonctions s'éteignent. On le voit encore survenir à la suite d'abstinences prolongées. Cette espèce de délire ne serait pas calmée par le traitement antiphlogistique ; au contraire : car s'il est vrai de dire que quelques espèces de délire cèdent à l'emploi de ce moyen, il faut convenir aussi que celui dont nous parlons est victorieusement combattu par l'emploi de légers excitants et d'une alimentation graduelle. Ces faits sont incontestables.

Un autre genre de délire reconnaît pour cause l'abstinence de certains excitants auxquels l'économie est habituée. Ainsi on a vu des individus habitués aux liqueurs alcooliques, devenir furieux dès qu'ils en étaient privés. On a vu des malades entrer en délire dès qu'ils étaient privés de lumière. Ces exemples ne sont pas rares chez les femmes à la suite d'accouchements laborieux, ou quand elles sont en proie à la fièvre puerpérale. Pendant la convalescence de certains malades, on les voit entrer en délire dès qu'on les lève de leur lit.

Le délire peut être occasionné par l'introduction dans la masse du sang de substances étrangères qui ont sur le cerveau une influence telle, que le délire en est le résultat.

Il en est parmi ces substances qui agissent spécialement sur le cerveau, et d'autres qui n'agissent sur lui que par l'intermédiaire du sang.

Celles qui agissent spécialement sur le cerveau, sont :

1° les alcooliques,
2° les narcotiques.

Influence des alcooliques. Le délire qu'ils occasionnent est connu sous le nom d'*ivresse*. On ne peut pas douter qu'un des effets des substances alcooliques soit de congestionner le cerveau. Mais cette congestion n'explique pas tout. Toutes les fois que le cerveau est congestionné on n'est pas ivre ; il faut nécessairement admettre un effet spécial. Au reste, la preuve de cette congestion a été fournie par l'ouverture de sujets morts pendant l'ivresse. On a trouvé un engorgement considérable de sang dans tous les vaisseaux, dans les méninges, dans la substance cérébrale même. On a trouvé en même temps une infiltration séreuse à la base du crâne. Ce qui est digne de remarque, c'est l'odeur très-prononcée d'alcool qui se manifeste dans l'intérieur des ventricules. L'estomac a été trouvé parfaitement sain.

Ces faits prouvent d'abord que l'alcool congestionne le cerveau, et puis que l'alcool est déposé dans la substance même du cerveau. On trouve, dans le tome 20 des *Archives de Médecine*, des faits qui mettent hors de doute cette proposition.

Il est démontré aussi que ce n'est point en produisant une irritation à l'estomac, mais bien par absorption, que l'alcool agit. En voici les preuves :

Si l'on introduit de l'alcool dans l'estomac d'un animal, quelques instants après, l'alcool se trouve dans le sang et dans le cerveau.

On détermine tous les accidents de l'ivresse en introduisant de l'alcool, non plus dans l'estomac, mais bien dans les veines d'un animal.

L'alcool agit-il sur la masse encéphalique en général, ou sur un point déterminé ? M. Flourens pense que c'est sur le cerveau. L'anatomie pathologique n'a pas confirmé cette assertion. Tout ce que nous savons, c'est que

l'alcool a été absorbé, et que probablement il agit sur l'encéphale en général.

Cette espèce de délire a aussi ses symptômes spéciaux. On peut le diviser en trois degrés : — 1er degré : trouble léger, exaltation des facultés intellectuelles que l'on désigne par l'expression d'*être gris ;* — 2e degré : perte de connaissance subite ou arrivant quelques instants après l'ingestion de substances alcooliques, et coma profond, perte absolue de mouvement et de sentiment, quelquefois perte plus complète d'un côté que de l'autre, pupilles larges, dilatées ; face bouffie, vultueuse ; roideur tétanique, tantôt partielle, tantôt générale, quelquefois des convulsions. Sous le rapport de la vie de nutrition, le pouls est nul, petit ou misérable ; on ne le sent quelquefois qu'aux carotides ; peau froide ; respiration stertoreuse. Au bout d'un certain temps, cet ensemble de phénomènes commence à se dissiper ; il ne reste qu'un air d'hébétude, de stupeur ; les mouvements reviennent graduellement, mais les membres conservent de la pesanteur, comme s'ils étaient retenus par un poids énorme ; la connaissance revient peu à peu, et à mesure que l'influence alcoolique cesse, le pouls reparaît ; une réaction fébrile se manifeste quelquefois, et de graves lésions, soit du cerveau, soit des poumons, soit du tube intestinal, peuvent survenir. Dans les cas les plus fréquents, la réaction diminue et tout rentre dans l'ordre ; mais quelquefois la mort peut survenir, soit avant la réaction, soit consécutivement. — 3e degré caractérisé par l'ensemble de tous ces symptômes se montrant simultanément. Un individu qui ingère une grande quantité de liqueurs alcooliques dans l'estomac, peut tomber et mourir sur-le-champ.

Ces trois degrés dépendent, en général, de la quantité de liqueurs ingérées. Mais une remarque qui, quoique vulgaire, n'en est pas moins importante, c'est qu'il faut tenir un grand compte des habitudes. Les influences physiques produisent en général sur nos organes des effets nuls, légers ou graves, selon les dispositions et les modifications que les habitudes font éprouver.

Si dans l'état d'ivresse, le médecin appelé auprès du malade atteint de cet état, ne remontait pas à la cause, il lui serait difficile de fixer son diagnostic.

Traitement. Dans l'immense majorité des cas, la guérison est spontanée, et l'art n'a rien à faire. Il y a une loi dans l'économie, en vertu de laquelle toutes les fois qu'une substance étrangère est introduite dans les organes, l'économie tâche de s'en débarrasser par toutes sortes de voies. Si les accidents prenaient un haut degré de gravité, il faudrait provoquer des vomissements, faire de larges saignées, appliquer des révulsifs aux pieds, ingérer de l'eau pure en grande quantité. Sur les animaux chez lesquels on avait déterminé l'ivresse, l'eau pure a fait cesser les accidents. L'art possède quelques médicaments spécifiques empruntés tous à la classe des excitants. On a vu les accidents de l'ivresse au premier degré cesser comme par enchantement par une tasse de café. L'éther sulfurique, à la dose de 15 à 35 gouttes, a été souvent employé avec succès. L'efficacité de ce moyen n'est pas constante, celle de l'ammoniaque liquide l'est davantage. On l'administre dans un verre d'eau, depuis 6 jusqu'à 10 gouttes. Quelques médecins en ont donné des doses plus considérables : l'effet en a été nuisible. M. Mazuyer de Strasbourg a proposé de lui substituer l'acétate d'ammoniaque. Ce moyen paraît préférable, en ce qu'on peut l'administrer à des doses plus considérables, de 30 à 40 gouttes.

DU DELIRIUM TREMENS.

C'est ici l'occasion de parler de cette altération de l'intelligence que présentent certains individus qui ont fait abus des liqueurs alcooliques, et qui a été principalement décrite en Angleterre sous le nom de *delirium tremens,* de *folie des ivrognes.* Un médecin français, M. Léveillé, a nommé cette maladie, *encéphalopathie crapuleuse.*

Cette affection, toujours provoquée par l'abus des boissons spiritueuses, est caractérisée par le désordre de l'intelligence, par le tremblement des membres, par l'insomnie et par l'embarras dans la prononciation.

Le *delirium tremens* s'observe fréquemment dans les grandes villes de l'Europe et des États-Unis d'Amérique ; il est surtout très-fréquent en Angleterre, en Pologne et dans tous les pays du nord.

Cette altération reconnaît pour cause l'usage habituel et prolongé des liqueurs alcooliques. Elle peut survenir, soit pendant le cours d'une maladie, soit dans l'état de santé. Dans ce dernier cas, son invasion est ordinairement subite. Il peut arriver néanmoins qu'elle soit précédée de symptômes précurseurs, tels que malaise, faiblesse, insomnie et céphalalgie plus ou moins intense. Puis survient le délire, ordinairement très-prononcé, qui n'empêche pas cependant les malades de reconnaître les personnes avec lesquelles ils sont en relation habituelle. Ce délire est tantôt tendre ou gai, et se traduisant alors par une loquacité incessante ; tantôt il est furieux, et se manifestant par des vociférations, des cris et des invectives. Un symptôme qu'il importe de remarquer, est l'insomnie qui tourmente les malades.

A ce délire se joignent le tremblement des membres supérieurs, des secousses rapides et plus ou moins fortes dans les bras et les poi-

gnets, la coloration de la face et l'injection des yeux. Les autres fonctions ne présentent rien de particulier. L'accélération du pouls provient plutôt de l'agitation du malade que de la maladie elle-même. La constipation est fréquente aussi dans cette maladie.

La durée de cette maladie est variable, et son pronostic est rarement grave. Fréquemment on voit des malades guérir dans vingt-quatre heures, et dans les cas les plus rares les accidents ne se prolongent pas au-delà du vingtième jour. On l'a vue cependant se terminer par la mort. Quand cette terminaison funeste a eu lieu, ou bien elle est survenue pendant le coma, ou bien au milieu d'un délire de plus en plus furieux.

L'anatomie pathologique n'a rien appris sur cette maladie. Dans certains cas on n'a rien trouvé dans les centres nerveux; dans d'autres ils présentaient un état de congestion; quelquefois les méninges étaient enflammées. Nous avons eu occasion d'ouvrir plusieurs sujets morts de *delirium tremens* à la Maison royale de santé, et, quoique nous ayons trouvé quelquefois des altérations dans les enveloppes cérébrales, nous ne doutons pas qu'elles ne se soient formées longtemps après l'invasion de la maladie.

Le traitement de cette affection est facile et consiste dans l'administration de l'opium. Les émissions sanguines sont en général nuisibles, surtout dans la première période de la maladie. On ne doit les employer qu'alors que des symptômes de congestion ou de méningite se sont déclarés. Voici comment nous procédons ordinairement : nous donnons cent gouttes de laudanum de Rousseau, dans l'espace d'une heure. Sous l'influence de cette dose d'opium, les malades tombent dans le plus profond sommeil : ils dorment pendant dix à douze heures, et se réveillent en parfaite santé. Les Anglais, auxquels nous avons emprunté ce mode de traitement, s'en trouvent très-bien, et plusieurs fois notre propre expérience en a confirmé les heureux résultats. Il est peu important d'ailleurs d'administrer l'opium sous telle ou telle forme; il réussit également quelle que soit celle qu'on emploie.

2e *Ordre.* — DE L'ALIÉNATION MENTALE (1).

Cette maladie doit être définie un désordre chronique de l'intelligence, avec complication ou non d'altération du mouvement et du sentiment, les altérations de la vie de nutrition n'étant ni constantes ni durables.

Elle doit être envisagée sous deux états : lorsque l'intelligence ne s'exerce plus, ou bien quand elle s'exerce encore.

1° Quand l'intelligence peut encore entrer en exercice, il y a deux ordres à envisager : 1° l'intelligence est complétement pervertie sur tous les sujets, ou *manie;* 2° elle n'est troublée que sur un seul sujet, *monomanie,* qui se divise en diverses espèces : monomanie homicide, érotique, etc.

2° Quand l'intelligence ne s'exerce plus, qu'elle est complétement oblitérée, encore deux divisions : 1° quand cette oblitération date du jour de la naissance, qu'elle est congéniale, on l'appelle *idiotie;* 2° quand elle est accidentelle on la dit *démence.*

Les symptômes de ces diverses nuances de l'aliénation mentale méritent un examen spécial. Mais les causes étant à peu près les mêmes, il convient de les grouper et de les décrire ensemble.

Causes de l'aliénation mentale.

Études des influences extérieures en tant qu'elles peuvent concourir à la production de l'aliénation mentale.

Effets de la température. — Il est bien démontré que la température élevée favorise la production de l'aliénation mentale, cependant les climats chauds produisent moins d'aliénés que les climats tempérés; mais dans ces derniers, les recherches statistiques ont prouvé que les admissions d'aliénés, dans les hôpitaux, étaient plus nombreuses en été qu'en hiver. Nous dirons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce nombre moindre d'aliénés dans certains pays chauds. Voici comment se rangent les saisons sous le rapport de la fréquence de cette maladie : été, printemps, hiver, automne.

Une fois développée, elle peut être influencée par certaines conditions. Pendant un froid sec, les aliénés sont plus agités, ont plus souvent des moments de fureur. Certains vents ont une influence très-marquée sur l'exacerbation des symptômes. En Italie, il règne de temps en temps un vent d'Afrique, appelé *sirocco,* qui a une action manifeste sur les aliénés. Il existe une ancienne loi du royaume de Naples, qui portait que les crimes commis sous l'influence prolongée de ce vent, devaient être punis d'une autre manière que lorsqu'ils avaient été commis pendant un autre temps.

Les recherches faites en Italie et en Angleterre constatent aussi la fréquence de l'aliénation pendant l'été; et confirment la position des saisons dans l'ordre que nous avons indiqué.

Dans les établissements consacrés aux aliénés, l'admission des malades est moins nombreuse en Italie et en Espagne qu'en France et en Angleterre. Faut-il en conclure que cette maladie soit moins fréquente dans ces pays?

(1) En commençant l'histoire de l'aliénation mentale, M. Andral a déclaré qu'il ne se proposait que de présenter un résumé de l'état de la science sur ce point, et qu'il emprunterait aux auteurs qui se sont le plus occupés de cette spécialité les points principaux qu'il allait exposer. A. L.

On l'a fait, et je crois qu'on a eu tort. S'il se présente plus de malades dans les établissements français et anglais, c'est que les malades ont plus de chances de guérison, c'est que ces établissements ont subi des améliorations importantes, tandis que les hôpitaux consacrés aux aliénés en Espagne et en Italie laissent encore beaucoup à désirer.

Les différentes espèces d'aliénation mentale se développent-elles également dans toutes les saisons? L'observation a appris que la manie était plus fréquente dans les temps chauds, et se montrait plus souvent depuis le mois de mai jusqu'à la fin d'août. La monomanie et la démence s'observent assez également dans toutes les saisons. Cependant, à l'hôpital des fous des environs de Naples, on a remarqué que la monomanie était beaucoup plus fréquente dans le mois de septembre.

M. Esquirol a cité le cas d'une femme dont la folie changeait d'objet à chaque saison. Au printemps c'était une manie érotique; dans l'été c'était un délire furieux, des idées de grandeur; dans l'automne elle tombait dans une apathie remarquable, à laquelle succédaient des idées ascétiques et religieuses; dans l'hiver une apparence de raison revenait.

Le même observateur parle aussi d'un riche habitant des Pays-Bas, sujet à une folie intermittente dont les accès revenaient régulièrement à l'automne. M. Esquirol lui conseilla de faire, pendant quelques années, aux approches de cette saison et pendant sa durée, un voyage en Italie. Ce moyen réussit complétement et procura une guérison solide.

Sous le rapport des influences qu'ont les saisons sur la guérison de l'aliénation mentale, on a remarqué que les cas les plus nombreux se montraient en automne.

Le maximum de la mortalité se trouve en décembre, janvier et février.

L'insolation, considérée à part de l'influence de la température, a été aussi regardée comme cause de l'aliénation mentale. On en cite quelques exemples: ils sont rares. Celui de Charles VI, roi de France, n'est pas probant, car en même temps qu'il fut soumis à l'insolation, tout le monde sait qu'il éprouva une grande frayeur en voyant un homme qui se présenta à lui subitement au détour d'un chemin écarté. On a dit aussi que plusieurs soldats de la campagne d'Égypte étaient revenus aliénés. Mais on a des faits aussi nombreux de soldats revenus de la campagne de Russie frappés d'aliénation.

Dans beaucoup de pays, les aliénés sont appelés *lunatiques*. La lune aurait-elle une influence sur cette maladie? Un fait réel, c'est que pendant la pleine lune les aliénés sont beaucoup plus agités. M. Esquirol a fait à ce sujet une remarque curieuse. Il a fermé hermétiquement les volets d'une salle dans laquelle étaient renfermés des aliénés: les malades n'ont pas été agités. Si les volets restaient ouverts, ils présentaient au contraire une grande agitation. Cet effet est dû sans doute à la vive clarté qui les offusque, leur fait voir mille objets fantastiques; car il est d'observation constante que les fous sont en général tranquilles pendant la nuit, et qu'ils commencent à s'agiter dès que le jour paraît.

Il est quelques cas où l'aliénation mentale a été, dit-on, produite par quelques substances délétères introduites dans l'atmosphère, telles que l'acide carbonique, etc.

L'influence des substances ingérées dans le tube digestif est plus constante. Les liqueurs alcooliques ont certainement une action évidente. Quelquefois le goût pour les liqueurs fortes prend subitement et marque le début de la maladie. M. Esquirol a fait une observation singulière. Il a remarqué qu'un certain nombre d'aliénés étaient fils d'individus sujets aux abus des liqueurs fortes.

L'abus des préparations mercurielles a été considéré comme cause de l'aliénation mentale. M. Esquirol admet cette influence. M. Cullerier la nie. Il est certain qu'en général les individus qui ont été soumis à des traitements mercuriels ont fait abus des plaisirs vénériens, ont eu une vie agitée, et l'on doit plutôt rapporter l'invasion de la maladie à ces influences morales qu'à l'abus du mercure.

Influences des organes sur la production de l'aliénation mentale.

Toutes les maladies du cerveau et de ses membranes peuvent déterminer l'aliénation. Ainsi, on l'a vue survenir à la suite de congestions, de phlegmasies, d'hémorragies, de ramollissement, d'induration, de tubercules. Cependant ces maladies ne sont pas des causes nécessaires, mais prédisposantes. Lorsqu'un individu est pris de maladie du cerveau, il y a quelques chances pour qu'il devienne aliéné.

Les passions violentes, les mauvais penchants, les chagrins sont souvent cause d'aliénation mentale. Mais ici il faut prendre garde de ne pas prendre l'effet pour la cause, car souvent l'aliénation commence par une passion violente ou un mauvais penchant.

L'exercice mal ordonné des fonctions du cerveau peut devenir une cause d'aliénation mentale. La misère, les grandes calamités publiques, les famines, les disettes ont une influence bien marquée sur la production de cette maladie. Cette observation a été faite en France, en Angleterre et surtout en Irlande.

Généralement parlant les habitants des campagnes y sont moins sujets que les habitants des villes, et cela s'explique par le bien-

être dont les agriculteurs jouissent en général. En France et en Angleterre, où le sort des habitants des campagnes va en s'améliorant de plus en plus, l'aliénation est beaucoup moins fréquente que dans les villes où aboutissent tous les vices, toutes les passions, où les déplacements de fortune sont si fréquents, où les idées d'ambition trouvent tant d'aliments. Mais dans les pays où l'habitant des campagnes est pauvre et misérable, l'aliénation mentale est fréquente dans cette classe. A l'hôpital de Naples elle entre pour un quart dans l'admission générale. Beaucoup d'auteurs ont avancé que l'aliénation mentale avait augmenté de fréquence depuis un siècle. M. Esquirol a prouvé que les proportions étaient à peu près les mêmes. Il a prouvé en même temps que les différentes espèces de folies étaient en rapport avec l'état politique et moral des peuples, et que ce rapport était surtout frappant à certaines époques.

Voici comment M. Foville s'exprime à ce sujet :

« La folie est plus fréquente dans les pays dont la civilisation est plus avancée. Est-ce, comme on l'a dit, parce que les mœurs sont plus dépravées dans ces pays? N'est-ce pas plutôt la conséquence de l'activité plus grande de la vie intellectuelle, des revers de fortune si fréquents au milieu des mouvements rapides d'une civilisation avancée, et si rares au milieu des sociétés jeunes encore, et dans lesquelles, les besoins physiques satisfaits, l'homme insouciant comme l'animal, dort d'un profond sommeil, jusqu'à ce que de nouveaux besoins se fassent sentir? Cette raison n'est-elle pas aussi plausible que celle d'une démoralisation qui n'est pas du tout prouvée, et que beaucoup d'auteurs de tous les temps ont prise pour texte commun de leurs déclamations? Le passage suivant de l'illustre Pinel ne s'accorde guère avec l'opinion que la démoralisation est une cause si puissante de folie : « Les personnes de l'un et de l'autre « sexe, douées d'une imagination ardente et « d'une sensibilité profonde, celles qui sont « susceptibles des passions les plus fortes et « les plus énergiques, ont une disposition « plus prochaine à la folie, à moins qu'une « raison saine, active et pleine d'énergie, « n'ait appris à contrebalancer cette fougue « impétueuse. Réflexion triste, mais con« stamment vraie, et bien propre à intéresser « en faveur des malheureux aliénés. Je dois « sans doute faire des exceptions et reconnai« tre qu'il existe quelquefois dans les hospices « de malheureuses victimes de la débauche, « de l'inconduite et d'une extrême perversité « de mœurs ; mais je ne puis, en général, que « rendre un témoignage éclatant aux vertus « pures et aux principes sévères qui se mani« festent souvent à la guérison. Nulle part, « excepté dans les romans, je n'ai vu des époux « plus dignes d'être chéris, des pères et mères « plus tendres, des amants plus passionnés, « des personnes plus attachées à leurs devoirs, « que la plupart des aliénés heureusement « amenés à l'époque de la convalescence. »

« Quoi qu'il en soit, il suffit d'avoir constaté que le nombre des fous est, dans tous les pays, en raison directe de la civilisation, pour résoudre par l'affirmative une question débattue depuis plusieurs années, savoir, si le nombre des fous est augmenté en France depuis la révolution. Mais il faut bien remarquer, avec M. Esquirol, que cette augmentation n'est pas aussi considérable que pourraient le faire croire les relevés des établissements publics et particuliers. Il faut tenir compte de l'augmentation générale de la population; des améliorations si grandes introduites dans les maisons d'aliénés, des progrès de la science dans l'étude de la folie, et d'autres circonstances encore, par suite desquelles beaucoup d'aliénés, qui autrefois seraient restés dans leurs familles, ou bien auraient été enfermés dans des couvents, dans des prisons, sont actuellement confiés aux soins de la médecine, dans des établissements publics ou particuliers, et figurent ainsi sur les relevés qu'ils grossissent. » (*Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, t. 1er.)

Les maladies du tube digestif exercent une influence incontestable sur l'aliénation mentale. On voit des gastrites, des gastro-entérites, surtout des gastro-entérites folliculeuses auxquelles succède l'aliénation mentale. Il en est de même de ces maladies passées à l'état chronique. On a vu des gastro-entérites chroniques être tellement liées à l'aliénation qu'elle disparaissait avec la gastrite ou s'exaspérait avec elle. Tantôt c'est la manie, tantôt la monomanie, plus souvent l'hypocondrie, et M. Broussais a eu mille fois raison de proclamer que l'hypocondrie se liait souvent aux désordres du tube digestif. Plusieurs individus atteints de gastro-entérite chronique sont poursuivis par une idée fixe qui se rapporte toujours au tube digestif. C'est tantôt le refus d'aliments par crainte d'empoisonnement, tantôt un animal qui leur ronge les entrailles, etc. Cette souffrance de l'intestin est réelle, mais elle est mal interprétée par le cerveau.

Les maladies des autres appareils ont moins d'influence sur la production de l'aliénation mentale. On l'a vue survenir à la suite des désordres de la circulation. Dans les pays où les fièvres intermittentes règnent endémiquement l'aliénation mentale n'est pas rare. L'appareil respiratoire n'a aucune influence sur cette maladie. Un auteur allemand a prétendu que la phthisie pulmonaire prédisposait à cette

maladie. Rien ne confirme cette assertion. M. Scipion Pinel a fait l'autopsie de 259 sujets morts à la suite d'aliénation mentale. Sur ce nombre il a trouvé 137 lésions graves d'organes.

Maladies chroniques du poumon,	43
Pleurésies chroniques,	7
Péritonites chroniques,	9
Altérations du tube digestif,	64
Lésions du foie,	5
— des reins,	3
— de l'utérus,	4
— des ovaires,	2

Quant à l'influence des organes génitaux, elle peut arriver ou par défaut ou par excès d'exercice. On a vu l'aliénation mentale succéder à une abstinence complète des fonctions génitales chez des individus forts et robustes qui avaient à lutter contre des désirs violents. Mais il est vrai de dire que la masturbation, l'excès du coït et les abus de tout genre des plaisirs vénériens occasionnent bien plus fréquemment cette maladie.

Chez les femmes l'influence de la menstruation est évidente. La première apparition des règles, quand elle est tardive, leur suppression brusque ont occasionné la folie. Il existe quelques cas où l'aliénation s'exaspérait à l'époque menstruelle. Il est d'observation que la guérison de la folie est mal assurée tant que les règles ne prennent par leur cours régulier. M. Esquirol a cité le cas singulier d'une jeune fille qui fut atteinte d'aliénation mentale à l'âge de quinze ans, à la première apparition des règles, et qui fut guérie à l'âge critique.

La grossesse exerce une influence non douteuse. Il y a des femmes qui deviennent aliénées chaque fois qu'elles sont grosses; c'est tantôt la manie, tantôt la monomanie. On a vu des cas d'aliénation coïncidant avec une fausse grossesse. On cite le cas d'une femme qui portait une môle et qui ne fut guérie qu'après la disparition de ce corps étranger. La folie survient quelquefois après les couches, elle prend le nom de folie puerpérale. On a vu quelquefoie la folie survenir chez les femmes après le sevrage de leur enfant. Il existe deux ou trois cas de folie survenue à des nourrices à la suite d'un abcès au sein. La folie a disparu avec l'abcès.

L'état civil de l'homme et de la femme est intéressant à noter dans cette question. On a observé partout que le nombre des aliénés était beaucoup plus grand parmi les célibataires que parmi les personnes mariées.

L'influence de l'hérédité est indubitable. Certaines familles ont certainement une prédisposition à l'aliénation mentale. Il y a quelques cas singuliers, mais rarement observés qui sembleraient prouver qu'une émotion forte éprouvée par la mère au moment de la grossesse pouvait influer sur l'enfant et le prédisposer à l'aliénation mentale à l'âge de la puberté.

L'aliénation mentale se montre-t-elle avec une égale fréquence dans tous les âges? Non; elle est très-rare avant l'époque de la puberté, on n'en cite que quelques cas. Les âges les plus exposés sont de 30 à 40 ans, puis de 20 à 30, puis de 40 à 50.

Sur 4,409 cas d'aliénation mentale observés en France et en Angleterre, les âges se sont ainsi distribués.

355	de 10 à 20 ans.
1106	de 20 à 30
1416	de 30 à 40
861	de 40 à 50
461	de 50 1 60
174	de 60 à 70
35	au-delà de 70 ans.

La guérison survenue aux divers âges n'a pas pu être établie avec la même facilité. Elles ont été plus nombreuses de 20 à 25 ans, puis de 25 à 35. A Naples, le plus grand nombre de guérisons a été obtenu à l'âge de 30 ans.

Les deux sexes sont-ils également frappés d'aliénation mentale? Voici les résultats où l'on est arrivé. En France, il résulte de calculs très-nombreux que la proportion était de 14 femmes pour 11 hommes. A Naples, au contraire, le nombre des hommes est : : 2 1/2 à 1. Il en est à peu près de même en Allemagne et en Amérique. Dans d'autres pays, le nombre des femmes l'emporte.

Symptômes. On doit d'abord établir deux sections :

1° Aliénation simple sans aucune complication.

2° Aliénation compliquée d'altérations du sentiment et du mouvement.

Dans cette section, nous avons à considérer la manie, la monomanie et la démence. Tantôt ces trois affections existent seules; tantôt elles alternent; tantôt elles se remplacent l'une par l'autre. Cependant il est très-rare de voir la démence précéder la manie ou la monomanie : c'est presque toujours la proposition inverse qui est la vraie.

DE LA MANIE.

La manie ne débute pas toujours de la même manière. Dans quelques cas, les individus sont pris d'un délire subit et intense, durant plus ou moins longtemps, avec ou sans fièvre. D'autres fois, la manie débute par une altération graduelle de l'attention. Ce début est quelquefois caractérisé par des idées bizarres, des penchants insolites, des goûts viciés. Ces divers symptômes vont en augmentant, et enfin la folie éclate. Ces prodrômes peuvent être très-longs.

Une fois que la manie est déclarée, elle peut avoir plusieurs degrés d'intensité.

1er Degré. — Exaltation simple de l'intelligence.

2e Degré. — Désordre plus profond des facultés intellectuelles; idées désordonnées. Au milieu de ce désordre, la raison peut se retrouver en fixant fortement l'attention des malades, quelquefois en les faisant lire. Il n'est pas rare de voir des malades qui extravaguent sur tous les points, écrire des lettres si raisonnables, si sensées, que les personnes à qui elles sont adressées ne peuvent pas penser que celles qui les ont écrites soient aliénées.

3e Degré. — Caractérisé par la déraison complète sur tous les sujets. Les éclairs de raison ont disparu.

Marche. Cette maladie présente des alternatives bien fréquentes d'exaspération et de rémission. On voit des malades qui ont quelques instants lucides. Quelquefois, dans l'exaspération de la maladie, certaines facultés de l'intelligence prennent un haut degré de développement. C'est tantôt la mémoire, tantôt l'imagination; c'est quelquefois une aptitude extraordinaire pour la poésie. Enfin, la maladie peut revêtir le type d'intermittence régulière.

Terminaison. La maladie peut se terminer par la mort, soit que cette terminaison soit occasionnée par une congestion cérébrale, ou par une hémorragie, soit que la démence ayant succédé à la manie, la mort arrive par l'altération aiguë ou chronique de quelque organe.

Elle peut aussi se terminer par la guérison; mais cette guérison ne peut guère être espérée que dans les premiers temps de la maladie. M. Esquirol possède 1,223 cas de guérison. Sur ce nombre, 604 ont été obtenus dans la première année, 502 dans la deuxième, 76 dans la troisième, 41 de la quatrième à la neuvième année. Il y a quelques cas très-rares de guérison à une époque plus avancée de la maladie; mais on peut dire qu'en général il y a très-peu de chances de guérison après deux ans de maladie.

On cite quelques cas de guérison, survenue par quelque circonstance morbide. M. Foville a vu un individu aliéné depuis longtemps, et qui fut guéri à l'apparition d'une tumeur aux parotides. Il y a un cas de guérison à la suite d'un ptyalisme, d'autres à la suite d'une abondante diarrhée. M. Esquirol a cité le cas d'une femme aliénée chez laquelle se développa un cancer au sien. L'ablation de la tumeur cancéreuse guérit l'aliénation. Enfin plus d'une fois cette maladie a cessé à la réapparition des menstrues.

Le retour à la raison est subit ou graduel. La raison peut souvent ne revenir que momentanément; car la récidive est fréquente dans cette maladie. A Bedlam, on a trouvé que c'était la moitié qui récidivait; Pinel l'évalue à un sixième, M. Esquirol à un dixième.

DE LA MONOMANIE.

On peut en distinguer deux variétés :

1re — Intelligence altérée sur toutes choses, mais les malades ayant une idée dominante.

2e — Intelligence altérée sur un seul sujet.

La première variété est infiniment plus commune que l'autre.

Elle présente un nombre infini de formes, aussi infini que les idées qui peuvent se former dans l'intelligence humaine. Cette monomanie varie selon les temps, les époques, les phases de l'intelligence et de la civilisation, les idées dominantes en politique, en questions religieuses, etc., etc. Aussi a-t-on dit avec raison que l'histoire de la civilisation pourrait être faite par l'histoire des monomanies.

Elle se présente quelquefois avec un caractère contagieux.

Au milieu de ces variétés infinies de la monomanie, aussi divers que l'intelligence humaine, on peut s'arrêter à quatre divisions principales.

La 1re comprend l'état dans lequel la monomanie se trouve caractérisée par l'activité trop grande ou par la perversion d'une faculté de l'intelligence.

La 2e est caractérisée par l'exaltation ou la perversion d'une des passions ou des penchants du cœur de l'homme.

La 3e caractérisée par l'exaltation ou la perversion d'un besoin ou instinct de l'homme. Ces instincts sont relatifs à la vie de relation, de nutrition ou de reproduction.

La 4e comprend toutes les monomanies caractérisées par la perversion des sentiments naturels à l'homme, qui sont l'amour de soi, l'amour des autres, les sentiments religieux, dont l'exaltation reconnaît pour cause l'avidité naturelle à l'homme de remonter aux causes.

Toutes les sociétés reposent sur ces trois sentiments et ont été constituées par leur influence. De la combinaison de l'amour de soi et de l'amour des autres résulte l'état social; et tout en restant ici dans notre rôle d'historien, nous établissons en fait que le sentiment de l'amour de Dieu, d'où résultent toutes les religions, a été également indispensable à la formation des sociétés.

Monomanies comprises dans la première division.

Activité trop grande, ou perversion d'une faculté intellectuelle.

Les différentes facultés de l'intelligence peuvent être affectées.

1° *L'imagination*. Cette faculté, dans l'état de santé, est resserrée dans certaines limites au delà desquelles la folie commence. Dans quelques cas, les malades croient voir des objets qui n'existent pas autour d'eux. C'est ce qu'on appelle *hallucinations*, qui peuvent s'exercer sur un sens ou sur plusieurs. C'est tantôt le sens de la vue, qui présente ces hallucinations, tantôt l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher. Dans cet état, les organes des sens sont dans une intégrité parfaite, mais le cerveau associe mal les idées.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe engendrent les apparitions, les visions, les extases, les communications avec un être surnaturel, etc., etc. Toute l'histoire de la sorcellerie doit être rangée dans cette catégorie. Le plus grand nombre des sorciers qui furent livrés aux flammes n'étaient pas des imposteurs; ils étaient monomaniaques; ils étaient frappés d'hallucinations contagieuses.

On en a vu beaucoup être pris en même temps et toutes les cinq minutes de ces hallucinations. Vous trouverez dans l'ouvrage de M. Leuret l'observation d'un individu qui se croyait transporté de Charenton dans les caves de l'Opéra où il était horriblement maltraité. Ce malade écrivait au procureur du roi pour réclamer sa liberté; il disait qu'on lui avait coupé les bras, la tête, et que si on ne voyait pas les cicatrices, c'est que les chirurgiens étaient très-habiles et qu'ils avaient eu le talent de lui remettre la tête et les bras sans que ça parût, en un mot qu'ils étaient des magnétiseurs. Vous voyez là une monomanie sous l'influence des usages de notre époque, comme autrefois elles étaient sous l'influence d'autres usages. Alors on allait au sabat, aujourd'hui on va à l'Opéra. Les sorciers étaient nombreux au moyen âge non-seulement en Europe, mais encore en Amérique, où Christophe Colomb en rencontra dans la presqu'île du Gange, etc.

Les plus grands philosophes n'ont pas douté de l'existence des sorciers. Mallebranche débute ainsi dans un de ses ouvrages philosophiques : *Il est indubitable qu'il existe des sorciers*.

Parmi les monomaniaques il peut y avoir des individus très-bornés, comme il peut se rencontrer des hommes supérieurs, car la monomanie exerçant une vive influence sur le système nerveux, le cerveau peut s'exalter et de là la production de grandes pensées et de grandes actions. C'est certainement là l'explication la plus naturelle de ces influences extraordinaires exercées par un seul individu sur tout un peuple, par les seules ressources d'une pensée dominante, énergique et prolongée. C'est par là que s'explique l'histoire de tous ces hommes qui se sont dits inspirés, de Jeanne d'Arc, qui, pendant plusieurs années, exaltée par une idée fixe, se mit à la tête d'une armée et lui fit exécuter de si grandes actions.

A côté de ces individus qui deviennent supérieurs, il y en a d'autres qui obsédés par une idée horrible deviennent des assassins. Quelquefois des individus après avoir été longtemps tourmentés par ces idées deviennent maniaques. Il en est quelques-uns qui avant de tomber dans la manie présentent divers troubles de la sensibilité, de la motilité, ont des convulsions. Ici rentrent à pleine voile toutes ces histoires anciennes et modernes dont la réalité ne peut être malheureusement contestée. Depuis la pythonisse du temple de Delphes, les convulsionnaires de Saint-Médard, du diacre Pâris, des religieuses de Loudun, jusqu'aux monomanies plus récentes qui ont éclaté dans notre état de civilisation actuelle, tout cela doit être considéré par un esprit sévère comme un véritable état pathologique, certainement bien déplorable. Tous ces faits confirment ce qui a été dit plus haut, que la monomanie peut affecter un grand nombre d'individus à la fois et présenter le caractère contagieux. MM. Laurent et Percy en citent un exemple bien remarquable observé sur un bataillon entier d'un régiment français. (*V. Dict. des Sciences méd.*)

Aujourd'hui que de toutes les facultés de l'intelligence, c'est non plus l'imagination, mais bien le jugement qui est le plus exercé, aujourd'hui que l'étude des sciences positives se répand de plus en plus et que se dissipent peu à peu toutes les illusions, toutes les superstitions, les croyances absurdes qui exerçaient une si grande influence sur l'imagination de nos pères, cette espèce de monomanie devient de plus en plus rare; néanmoins on en rencontre encore quelques exemples. Il n'y a pas longtemps que j'ai vu un homme d'esprit, remarquable par le développement de ses facultés intellectuelles, pris tout à coup d'une hallucination de la vue. Je causais avec lui dans son cabinet lorsqu'il se lève tout à coup et salue quelqu'un qu'il croit voir entrer. Il n'y avait absolument personne. Moi-même, au début de mes études médicales, je fus vivement frappé de voir dans un des coins des salles de dissection de la Pitié, le cadavre d'un enfant à demi-rongé par les vers. Le lendemain matin en me levant et m'approchant de la cheminée pour rallumer mon feu, je vis ce cadavre, il était bien là, je sentais son odeur infecte, et j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il en fût ainsi, cette hallucination dura un quart d'heure.

2° Le *jugement*. — On a vu des individus qui croyaient être morts. J'ai sous les yeux, dit M. Foville, un homme qui se croit mort depuis la bataille d'Austerlitz, à laquelle il a assisté et reçu une blessure grave. Son délire

est fondé sur ce qu'il ne reconnaît plus, ne sent plus son corps; lorsqu'on lui demande des nouvelles de sa santé, il a coutume de répondre : vous me demandez comment va le père Lambert, mais le père Lambert n'y est plus; il a été emporté d'un boulet de canon à la bataille d'Austerlitz. Ce que vous voyez là n'est pas lui, c'est une machine qu'ils ont faite à sa ressemblance et qui est bien mal faite : faites-en donc une autre. Jamais en parlant de lui-même, il ne dit moi, mais *cela*. Cet homme est plusieurs fois tombé dans un état complet d'immobilité et d'insensibilité qui durait plusieurs jours. Les sinapismes, les vésicatoires appliqués contre ces accidents n'ont jamais déterminé le moindre signe de douleur. Souvent il a refusé de manger, disant que *ça* n'en avait pas besoin, que d'ailleurs *ça* n'avait pas de ventre. Dans tous les cas de ce genre la sensibilité cutanée était abolie. Certaines personnes affectées d'une maladie chronique de quelque viscère important s'imaginent avoir dans le corps un animal qui les ronge; d'autres croient être empoisonnés. M. Esquirol soignait une femme qui s'imaginait avoir les entrailles dévorées par un animal; à sa mort il constata une péritonite chronique. Quelquefois les malades ont une altération singulière du jugement, les uns s'imaginent avoir été métamorphosés en loups, d'autres disent avoir changé de sexe, quelques-uns croient être faits de beurre ou de verre; aussitôt qu'on les approche ils se retirent en disant : vous allez me faire fondre ou me casser. La *lycantropie* ou transformation en loup a exercé au moyen âge une funeste influence. On voyait des individus parcourir les campagnes, commettant des meurtres et dévorant des individus qui se trouvaient sur leur passage. Un individu affecté de lycantropie fut livré à la justice. Il disait aux magistrats : Vous ne croyez pas que je suis loup, vous avez tort, car la peau est au dedans de mon corps. Aussitôt une populace furieuse se précipita sur lui, et le coupa en morceaux. Ce fait est arrivé en 1600. On en voit qui deviennent monomaniaques non plus sur ce qui se rapporte à leur propre corps, mais sur les actions extérieures, sur tout ce qui les entoure, sur tout ce qui les met en communication avec leurs semblables. Celui-ci est tourmenté par la crainte de mauvaises affaires et voit toujours sa ruine imminente, celui-là croit être entouré d'ennemis et croit que tout conspire pour sa perte. Tel fut l'infortuné Gilbert, mort à l'hôpital; tel fut encore l'état de J.-J. Rousseau dans la dernière moitié de sa vie, état cruel, plein de souffrances et d'angoisses et dont l'illustre écrivain nous a laissé la touchante peinture dans ses confessions et surtout dans les promenades d'un solitaire. L'état habituel de tristesse dont rien ne peut distraire les malades a reçu le nom vulgaire de *bile noire* et le nom plus scientifique de *lypémanie*.

3° L'*attention*. — Dans quelques cas de manie il y a impossibilité complète de fixer l'attention, sans qu'aussitôt il y ait incohérence dans les idées; par opposition, dans la monomanie l'attention est continuellement fixée sur un seul objet, les malades y pensent et la nuit et le jour, ils en sont obsédés, tourmentés, ils maigrissent, ils s'épuisent. Quel contraste de voir à côté de ces cas des individus remarquables par une distraction extrême!

4° La mémoire. — On a vu des individus entièrement livrés à un souvenir exclusif, ne s'occupant que d'un seul objet, et se figurant que l'univers entier est dans cet objet.

La monomanie peut dépendre d'une perversion de la mémoire. Dans cette variété bizarre de la monomanie le malade a perdu tout sentiment de la personnalité; il ne peut pas parler de lui à la première personne, il lui est impossible de prononcer le pronom *je*. Il parle toujours à la troisième personne. M. Leuret a cité l'observation d'une fille de la Salpêtrière qui lorsqu'elle voulait rendre compte d'une de ses actions, disait toujours, *la personne de moi-même*.

Deuxième division des monomanies.

Exaltation, ou perversion des passions, des penchants de l'homme.

Je me range à l'avis de Gall qui dit que tous les hommes ont le germe d'une monomanie dans la prédominance d'une passion.

Il y a dans l'organisation humaine des instincts ou des besoins auxquels les hommes obéissent diversement. Ces instincts peuvent s'exalter ou se pervertir, d'où résultent des monomanies diverses. Il en est de même des passions qui, bien réglées, constituent la sagesse, mal réglées la monomanie, et sans règle et sans frein la folie complète.

Toutes les passions exagérées peuvent conduire à la monomanie : c'est l'ambition, l'orgueil, l'avarice, la prodigalité. Gall a tracé un tableau admirable de toutes ces monomanies. La jalousie portée à un haut degré peut finir par la monomanie. Les enfants y sont sujets, et l'on en voit souvent qui, sans motifs de jalousie, ou avec quelques sujets d'être jaloux, maigrissent, dépérissent et meurent. Il faut être bien averti de cette circonstance afin de ne pas tomber dans de graves erreurs.

Enfin le penchant au vol, qui se manifeste chez quelques individus, d'ailleurs très-raisonnables, très-probes et sans besoins, qui ont des rapports parfaits avec leurs semblables, est certainement une monomanie. L'éducation doit ici exercer une grande influence, et c'est ici que le médecin peut rendre de grands services à la société, en appliquant ses connaissances à combattre les mauvais

penchants qui sont si communs chez les enfants. Cette heureuse idée a été déjà appliquée par M. Voisin dans son établissement orthophrénique de Vanvres.

Troisième division des monomanies.

Exaltation, ou perversion d'un besoin ou instinct de l'homme.

Cette monomanie porte sur l'accomplissement des actes de la vie de l'homme. Elle peut avoir lieu sur les actes de la vie :

1° De relation ;
2° De nutrition ;
3° De génération.

1° Actes de la vie de relation. — L'homme a la faculté de sentir ; toutes les fois qu'il exerce cette faculté avec mesure, il y a plaisir, jouissance ; il y a donc besoin de sensations, et ce besoin peut être perverti en étant poussé à l'extrême. L'homme se blase sur les jouissances, et alors il tourmente ses sens pour s'en procurer encore ; il devient monomaniaque. C'est tantôt par les productions les plus obscènes que se trahit cette monomanie, comme le *roman de Justine,* dont l'auteur est mort à Charenton. C'est tantôt par des crimes ; ainsi Néron incendiant Rome, était certainement un monomaniaque qui, blasé sur tous les plaisirs de la vie, voulait se procurer une atroce jouissance. On peut faire rentrer dans cette catégorie les cas de ces individus qui ont un penchant irrésistible à nuire aux autres, à leur faire du mal.

Le besoin naturel qu'éprouve l'homme de se mouvoir dans de justes mesures, peut aussi être perverti. On a cité l'exemple d'un homme qui avait un besoin singulier de courir, de se remuer, de se mouvoir en tout temps ; il faisait trois ou quatre lieues sans se douter où il allait. On a encore parlé d'une religieuse qui, tous les jours à deux heures après midi, éprouvait un besoin irrésistible de faire du bruit. Elle s'enfermait dans sa cellule, et là elle frappait sur sa table, ses chaises, son lit, jusqu'à ce que ce besoin fût passé. Il arrive quelquefois que ces perversions du mouvement arrivent épidémiquement. La *Gazette médicale* du 3 janvier 1833 en rapporte un cas bien extraordinaire, et qui met hors de doute cette influence épidémique.

De ce que je viens de dire, on peut pressentir que l'instinct de l'imitation peut aussi être perverti. Cet instinct se montre, physiologiquement, indépendant de la volonté, dans certaines circonstances. Ainsi tout le monde connaît l'influence du bâillement, du vomissement, du hoquet. Pulsieurs maladies même peuvent se produire par imitation ; l'hystérie, l'épilepsie, les convulsions sont dans ce cas. Certaines maladies nerveuses, surtout dans les pensionnats, les couvents, peuvent aussi se produire par imitation. Il suffit quelquefois d'une forte émotion morale pour guérir les malades. On a vu quelques individus qui ne pouvaient s'empêcher d'imiter les gestes qu'ils voyaient faire. Tissot en cite un exemple remarquable dans son traité des maladies nerveuses.

On peut encore faire à ce sujet des remarques bien curieuses. Une monomanie singulière, un événement tragique se montrent-ils, on peut assurer que des monomanies et des événements semblables apparaîtront. Il y a quelques annés, un invalide se pend à une porte de l'hôtel ; pendant les 15 jours suivants, on trouva un invalide pendu à la même porte et au même endroit. Le maréchal Serrurier, alors gouverneur des Invalides, ne trouva pas d'autre expédient que celui de faire murer la porte. Un individu se précipite un jour du haut de la colonne Vendôme ; pendant plusieurs jours de suite, le même événement se répéta, et l'on fut obligé d'interdire l'entrée de ce monument. Lorsque le feu prend quelque part, il y a imminence, pour les têtes mal organisées, de vouloir aussi mettre le feu.

Dans le temps que les convulsionnaires de Saint-Médard se rendaient en foule au tombeau du diacre Pâris, l'autorité fut obligée de faire fermer l'établissement. Un plaisant fit ce distique rapporté par Voltaire :

> De par le Roi, défense à Dieu
> De faire miracle en ce lieu.

Dieu obéit.

2° Perversion des besoins de la vie de nutrition. — Le besoin des liqueurs alcooliques peut être tellement exagéré qu'on en a fait une monomanie, connue sous le nom de *dypsomanie.* On a des cas d'individus qui, à certaines époques, ont été pris d'un besoin irrésistible de liqueurs alcooliques, prises en assez grande quantité pour amener l'ivresse. On a cité des cas où ces besoins arrivaient chaque mois ; d'autres, chaque deux mois. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans les intervalles, les malades étaient de la plus grande sobriété. A mesure que dure cette dypsomanie, l'intelligence s'abrutit de plus en plus, et les malades peuvent finir par l'aliénation mentale (V. *Journal des progrès*, t. II). M. Ribes dit avoir retiré quelques succès pour combattre la dypsomanie, du moyen suivant : il s'est servi de l'acide sulfurique étendu d'eau.

3° Perversions des fonctions génitales. — Enfin les fonctions génitales peuvent être perverties, et occasionner une véritable monomanie. Cette affection, dont le foyer est certainement dans le système nerveux, est commune aux deux sexes. Chez l'homme, elle s'appelle *satyriasis,* chez la femme *nymphomanie.* C'est une véritable dépravation de

l'instinct génital, dont nous renvoyons la description aux auteurs qui se sont occupés de cette affection.

Quatrième division des monomanies.

Perversion des divers sentiments du cœur de l'homme.

Les sentiments sur lesquels porte cette monomanie, sont les suivants :

1° Amour de la patrie.

2° Amour de soi ; instinct de la conservation.

3° Amour des autres ; bienveillance, humanité, etc.

4° Sentiments religieux.

1° L'amour de la patrie est dans le cœur de tous les hommes. Dans certaines circonstances, cet amour peut être tellement exagéré qu'il en résulte une véritable maladie, connue sous le nom de *nostalgie*. C'est surtout parmi les jeunes soldats, les marins, les individus qui sont forçés de s'expatrier, que cette maladie se développe. C'est une maladie de la jeunesse que les vieillards ne ressentent presque jamais.

Elle présente un certain nombre de symptômes qu'on peut diviser en plusieurs périodes.

1re Période. — Caractérisée par une mélancolie profonde ; le malade n'est accessible qu'à un seul sentiment, qu'à un seul souvenir, celui de la patrie absente. Au nom de son pays, son visage se colore, ses yeux s'animent, puis il retombe dans sa tristesse. Si la maladie dure longtemps, la nutrition se trouble, et le malade commence à dépérir.

2e Période. — L'intelligence commence à s'altérer, soit sous une influence purement nerveuse, soit sous l'influence d'une encéphalite ; de là délire, convulsions, etc. Du côté de la digestion, il y a anorexie, vomissements plus ou moins répétés. La respiration devient difficile, anxieuse, comme si le poumon était engoué. Le cœur se trouble aussi dans ses mouvements ; il bat irrégulièrement, et les malades sentent comme un poids sur la région précordiale. Il arrive un moment où l'irradiation de toutes ces souffrances masque le véritable caractère de la maladie, et le nostalgique ne parlant plus de son pays, le diagnostic devient difficile. Les urines se troublent ; une fièvre intense s'allume, et la mort peut survenir au milieu de ces désordres, dont le point de départ a été une simple lésion nerveuse. Nous lirez avec fruit un chapitre consacré à la nostalgie, dans la *Médecine navale* de M. le professeur Forget.

Le traitement de cette affection est tout moral dans la première période. Il consiste à faire entrevoir aux malades leur retour prochain vers la patrie. Il faut avoir été témoin du changement instantané de la figure du nostalgique à qui on parle de la patrie, de ce retour à la vie comme par enchantement, pour comprendre quelle est la puissance des affections. Le traitement de la seconde période n'offre rien de spécial ; seulement il faut être avare d'émissions sanguines, pour éviter la prostration, qui arrive avec la plus grande facilité.

2° L'amour de soi peut donner lieu à diverses monomanies. Cet amour de la vie, quand il est poussé à l'extrême, porte le nom d'hypocondrie.

DE L'HYPOCONDRIE.

Ce mot est mauvais, quant à son étimologie. Cependant il faut admettre que, dans un très-grand nombre de cas, une partie des souffrances des malades est rapportée aux hypocondres.

Cette affection doit être considérée comme une exagération de l'instinct de conservation, par suite de laquelle le malade suppose les maux qu'il n'a pas, ou s'exagère ceux qu'il éprouve. Cette affection existe avec des désordres fonctionnels ou organiques, ou indépendamment de toute autre affection.

Cet état bizarre, et malheureusement trop fréquent, peut être primitif ou consécutif.

Primitif : cas où la maladie a exclusivement son siége dans les centres nerveux, et le cerveau principalement. — Cette forme se rencontre surtout chez les individus qui, après une vie active et occupée, passent tout à coup à l'inaction et au désœuvrement. On l'a vue survenir cependant sans aucune cause.

Dans un assez grand nombre de cas, le cerveau n'est plus le point de départ de la maladie. Elle est due à l'exagération de la sensibilité de certains organes. Le cerveau reçoit alors des impressions plus fines, plus délicates et le malade a la conscience des divers actes physiologiques. Il se sent vivre, et ces actes physiologiques, il les rapporte à un état morbide. Ainsi le malade peut avoir conscience de sa circulation, de sa digestion, de sa respiration, la sensibilité de la peau peut être tellement exagérée qu'il sente l'impression de l'air. De là résulte une série de sensations réellement très-douloureuses, quoique ces actes soient purement physiologiques.

Les travaux prolongés de l'esprit, les veilles, les excès de tout genre, prédisposent singulièrement à cette maladie.

Il y a des cas où l'hypocondrie n'a pas sa cause première dans un état morbide du cerveau ou du système nerveux. La scène s'ouvre différemment, un organe commence à être malade, et tous les organes peuvent être le point de départ de la maladie ; cependant au premier rang, il faut placer l'estomac. Ici se présente une question : la souffrance étant en-

core bornée à l'estomac, et le cerveau n'étant pas encore influencé, y a-t-il hypocondrie? Je pense que non, et que cette souffrance n'est que la cause occasionnelle. Quelques auteurs ont voulu généraliser ce fait et ont dit que le point de départ de l'hypocondrie était toujours dans l'estomac. M. Broussais, M. Louyer-Villermay, disent qu'il n'y a pas d'hypocondrie sans altération de cet organe. L'observation large ne permet pas d'admettre cette assertion. On a vu des cas où non-seulement l'estomac n'est pas le point de départ de la maladie, mais où il ne participe même en aucune manière à la maladie. Du reste, dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont combattu avec avantage cette opinion. Leur manière de voir, qui est la nôtre, est qu'il faut nécessairement, pour qu'il y ait hypocondrie, que le cerveau soit affecté primitivement ou consécutivement (*Voyez* Georget, Falret, Dubois d'Amiens).

Quelle que soit la manière dont débute la maladie, et indépendamment des causes que nous venons d'exposer, il est encore certaines circonstances sous l'influence desquelles l'hypocondrie peut se manifester. Ainsi la lecture des livres de médecine a été souvent la cause de cette maladie; on l'a vue survenir après une conversation avec un hypocondriaque.

Une des causes les plus favorables au développement de l'hypocondrie, c'est le changement subit d'une habitude du cerveau. Ainsi le passage brusque d'une vie active à une vie tranquille, de travaux intellectuels au repos de l'intelligence, l'habitude brusquement interrompue d'émotions vives, telles que celles que donne la fréquentation des théâtres, enfin tous les changements subits de l'exercice du sentiment et de l'intelligence, sont des causes appréciables de l'hypocondrie.

L'hypocondrie attaque quelquefois les hommes opulents, dont les moindres désirs sont satisfaits aussitôt qu'ils sont conçus. Dans ce cas, c'est par l'absence de besoins et de désirs que la maladie survient.

Certains individus deviennent hypocondriaques, pour avoir été trop précoces dans la satisfaction de leurs désirs, pour avoir joui trop et trop vite, et s'être blasés sur toutes choses.

L'étude de l'homme malade, quand elle n'est pas faite avec un jugement solide, et avec des connaissances préliminaires suffisantes, peut conduire à l'hypocondrie. Ainsi on voit des hommes du monde devenir hypocondriaques, pour avoir voulu étudier la médecine; ne pouvant se rendre compte de la plupart des phénomènes morbides, parce que leurs études médicales pèchent par la base, leur intelligence s'embarrasse et s'altère. Il est vrai cependant que l'hypocondrie peut précéder ce penchant pour les sciences, qui se développe chez certains individus. L'hypocondrie est assez fréquente chez les jeunes étudiants en médecine, qui s'imaginent avoir toutes les maladies dont ils lisent la description.

Les différents âges n'y sont pas également sujets. Elle est très-rare avant 25 ans, plus rare encore après 60 ans. C'est à l'époque moyenne de la vie qu'elle apparaît avec plus de fréquence. Nous avons vu qu'il n'est cependant pas rare de l'observer surtout parmi les jeunes étudiants en médecine.

Les deux sexes n'en sont pas atteints avec une égale fréquence. Les hommes y sont plus sujets.

Symptômes. Quant aux symptômes, cette maladie est loin de ressembler à elle-même dans ses différentes phases. On doit admettre trois périodes :

1° Trouble simple de l'intelligence.

2° Désordre de l'intelligence influant sur les fonctions; de là, névroses aussi variées qu'il y a de fonctions.

3° Désordres de l'intelligence, coïncidant non plus avec de simples désordres fonctionnels, mais avec des lésions organiques plus ou moins profondes.

Ces lésions organiques peuvent exister dès le début de la maladie.

Le symptôme caractéristique est la croyance à des maux qui n'existent pas, ou l'exagération de ceux qu'on éprouve. Cette croyance peut prendre différentes formes. Souvent elle ne s'exerce que sur une maladie, et de toutes la plus commune, c'est la syphilis. On voit des individus qui se tâtent les aines à tout instant, croyant sentir la présence de bubons. Cette croyance peut venir à ceux qui déjà ont eu des gonorrhées, comme à ceux qui n'ont jamais éprouvé d'accident vénérien. On en voit qui s'imaginent être délabrés à cause du mercure qu'ils ont pris.

Dans ces derniers temps où les journaux ont reproduit les discussions sur la taille et sur la lithotritie, on a vu certains individus, avertis que les malades attaqués de la pierre éprouvent de fréquentes envies d'uriner, s'arrêter à tous les coins des rues pour satisfaire ce besoin.

D'autres sont incessamment menacés d'apoplexie. On en voit qui sont remarquables par l'excessive mobilité avec laquelle ils passent d'une maladie à l'autre. Il y en a qui ont épuisé tout le cadre nosologique. Souvent dans ces cas la douleur accusée est imaginaire au commencement, mais après un temps plus ou moins long il survient une véritable névrose de l'organe auquel les malades rapportaient leurs douleurs. Ainsi les malades après s'être longtemps plaints de douleur à l'estomac peuvent être atteints d'une altération plus ou moins prononcée de la digestion. La respira-

tion peut se troubler, si c'est vers cette fonction que les malades tournent leurs inquiétudes. En effet, on conçoit très-bien que par cela seul qu'on s'écoute respirer, la respiration s'accélère et que cette accélération continuée peut à la longue être une cause éloignée de la phthisie pulmonaire. Qui ne sait aussi que lorsqu'on observe avec attention les battements du cœur sur soi-même, par cela seul ils deviennent plus forts et plus fréquents? Aussi conçoit-on très-bien que cette fréquence puisse à la longue entraîner une maladie organique du cœur. On voit d'autres hypocondriaques qui tournent toutes leurs idées vers l'appareil urinaire. Ils sont obligés d'uriner à tout instant.

En général, les hypocondriaques sont tourmentés de dyspepsie, de flatuosités et de développement de gaz. Il sont très-attentionnés pour leurs selles, ils en observent la quantité, la nature; quelquefois ils éprouvent des vomissements. Un phénomène singulier qui s'observe chez les hypocondriaques, c'est la production de battements dans plusieurs parties du corps. Nous pensons que ces battements tiennent à l'exagération des battements du pouls, ils sont en effet isochrones avec lui.

On observe aussi des troubles nombreux des sécrétions qui sont sous l'influence directe du système nerveux. La salive est abondante, les sueurs copieuses, et tandis que dans les mêmes circonstances des individus en bonne santé suent peu ou point, on voit les hypocondriaques être inondés par la sueur. Les urines sont troubles et, comme pour les selles, les malades en notent avec soin la quantité et la qualité.

Chez les hypocondriaques la sensibilité, le mouvement, l'intelligence, l'action des sens sont exaltés. Ils éprouvent des sensations bizarres dans la tête, le tronc, les membres. Ils sont tourmentés par des bruissements, des bourdonnements, des vertiges; ils ont des picotements dans les membres, et alors l'apoplexie leur paraît imminente. L'ouïe, l'odorat, la vue sont pour l'hypocondriaque des sujets de douleurs diverses et de tous les instants. Quel est l'homme même le mieux portant qui dans le cours de vingt-quatre heures n'éprouve pas quelque douleur, à laquelle il ne fait nulle attention! L'hypocondriaque au contraire y est très-attentif et il donne un catalogue exact de la moindre de ses douleurs.

L'hypocondriaque éprouve une sensation habituelle de constriction à la gorge ayant un certain rapport avec la boule hystérique, quelques-uns éprouvent des contractions musculaires.

Quant à l'intelligence, quelques-uns la conservent intacte, mais chez le plus grand nombre elle s'affaiblit. Ainsi les sensations se pervertissent, les passions s'éteignent, le caractère change, l'individu devient égoïste. Il y a cependant des exceptions : on voit, par exemple, des hypocondriaques quitter la vie en faisant les plus touchants adieux à leur femme, leurs enfants, leurs amis, en les comblant de leurs bienfaits. Dans cette circonstance très-pénible pour eux, on voit qu'ils sont accablés d'un grand malheur, celui de ne pouvoir plus leur faire du bien. Il n'est pas rare de voir des hypocondriaques dire : Je finirai par devenir fou. C'est en effet ce qui arrive ordinairement. Une fois l'aliénation mentale produite, l'hypocondrie disparaît ou persiste.

La conduite des malades est en rapport avec leur idée dominante et surtout avec la maladie dont ils se croient atteints. Ainsi s'ils croient être menacés d'une attaque d'apoplexie, ils évitent avec le plus grand soin les moindres circonstances qui pourraient y donner lieu; tout travail d'esprit leur sera odieux, ils ne se livrent même pas à la lecture. On en voit qui ne veulent pas parler, se croyant atteints d'une maladie du larynx. Quelques-uns croyant à une lésion des organes du mouvement, ne veulent plus quitter le lit, et préfèrent croupir dans une horrible saleté plutôt que de laisser changer les draps. Ceux-ci fuient la lumière, ceux-là refusent toute nourriture à cause de leur maladie présumée de l'estomac. Il en est qui passent des journées entières auprès d'un miroir pour examiner leurs traits, leur teint, etc. La mort est pour eux un sujet continuel d'épouvante. Beaucoup ne peuvent rester seuls sans être pris de convulsions. Tous en général aiment singulièrement à consulter les médecins, mais ils sont à ce sujet fort inconstants et ils se fient de préférence aux charlatans. Ils sont aussi la providence de l'homœopathie et du magnétisme.

Cette maladie ne se ressemble pas toujours dans sa marche et sa durée, elle est ordinairement chronique, quelquefois aiguë, elle est remarquable en ce qu'elle n'est pas continue, elle a des exacerbations.

Enfin pour le diagnostic il faut admettre deux variétés, l'une simple sans altération d'organes, l'autre avec complication de quelque désordre organique, soit que ce désordre ait précédé ou qu'il ait suivi la maladie.

Traitement. Il est essentiellement moral. Il est important au commencement de la maladie d'entrer dans les idées des malades, de ne point heurter leurs croyances. Il faut avoir l'air de combattre par une médication quelconque les maux dont ils se plaignent.

Les annales de la science fourmillent d'exemples dans lesquels des praticiens habiles ont guéri l'hypocondrie, soit en simulant une opération, soit en administrant certains remèdes.

Enfin, il faut capter la confiance du malade, le distraire de l'état d'esprit dans lequel

il se trouve, provoquer des passions, des travaux. On a vu des individus atteints d'hypocondrie dont la guérison arrivait à la suite d'une grande catastrophe. On doit principalement recommander l'exercice aux malades, surtout l'exercice qui occupe l'esprit en même temps que le corps, les différents jeux gymnastiques, les voyages dans les pays que les malades n'ont pas encore visités, etc. On recommandera en même temps un régime doux, je ne dis pas un régime débilitant, car on nuit singulièrement aux hypocondriaques en cherchant à combattre des inflammations qui n'existent pas; il ne faut pas non plus un régime stimulant quand rien ne l'autorise. Ces préceptes sont relatifs aux cas d'hypocondrie simple. Quand elle se complique de quelque maladie organique, le traitement varie selon la maladie et n'a rien de spécial.

DE LA MONOMANIE DU SUICIDE.

Nous venons d'étudier une monomanie due à l'exagération de l'amour de soi, de l'instinct de conservation. Cet instinct, cet amour peut être perverti : de là le suicide qui, dans quelques circonstances où nous allons l'étudier, doit être considéré comme une monomanie.

Dans les formes variées qu'il présente, le suicide est loin d'être toujours une monomanie. Ainsi quelques hommes célèbres de l'antiquité qui mirent volontairement fin à leurs jours ne doivent certainement pas être considérés comme des monomaniaques. Il faut reconnaître aussi que les idées régnantes dans quelques contrées, que les institutions de certains peuples donnent une direction à cet acte, et les individus qui s'y livrent ne sont pas pour cela dans un état pathologique. Ainsi la coutume bizarre qui règne dans l'Inde et qui fait un point d'honneur aux veuves de se brûler sur le bûcher de leur mari, l'usage non moins absurde de se précipiter sous le char de leur idole, celui plus absurde encore de se jeter dans des gouffres profonds, tout cela ne peut pas être considéré comme des monomanies. Le suicide occasionné par une passion violente, par un désespoir profond, n'est pas non plus une monomanie. Enfin chez les maniaques, soit qu'ils se suicident avec quelque motif ou sans cause appréciable, on ne peut pas non plus le ranger dans cette classe des monomanies.

Mais ce que nous devons considérer comme une monomanie, c'est un désir prolongé de mettre fin à l'existence. Ce désir peut être provoqué par des motifs imaginaires ou réels. On voit des individus qui se suicident pour échapper à des poursuites imaginaires, d'autres pour qui certaines doctrines philosophiques ou religieuses ont été un motif déterminant de suicide. Le matérialisme a produit souvent ce résultat, plus souvent encore le spiritualisme quand il n'est pas tempéré par le christianisme. On conçoit en effet qu'un individu, depuis longtemps nourri des doctrines matérialistes, forme le désir de quitter une existence traversée par des inquiétudes de toute espèce, pour entrer dans le repos et la tranquillité du néant. Il n'est pas plus difficile de concevoir que celui qui, dès longtemps imbu de cette idée qu'après la mort l'âme jouit d'une félicité éternelle et d'un bonheur sans nuages, hâte le moment d'arriver à cette félicité et mette fin à son existence. L'Allemagne a produit sous ce rapport des choses singulières. On a longtemps parlé de cette association d'illuminés qui s'étaient réunis pour le suicide. Chaque année le sort désignait celui qui devait mettre fin à son existence. Cette société s'est heureusement dissoute, comme doivent se dissoudre toutes les associations qui n'ont pas un but raisonnable. J'ai connu un jeune homme, remarquable par les plus hautes qualités de l'esprit, qui vint à se passionner pour Platon et ses doctrines, et qui se coupa la gorge pour jouir plus vite du bonheur de l'autre vie.

On voit des individus qui sans motifs connus tombent tout à coup dans la tristesse et l'abattement. Ils éprouvent en même temps une douleur à la tête et à l'épigastre sans qu'il y ait maladie de l'estomac. La respiration se trouble, les malades tombent dans le découragement, dans l'indifférence pour tous les devoirs sociaux, ils ne peuvent plus occuper leur esprit, ils ne peuvent ni lire, ni écrire, ils fuient peu à peu la société, deviennent solitaires. Ils ont conscience de leur état et ils s'en affligent beaucoup. Cet état peut être passager, mais il devient quelquefois très-grave et ils sont tellement fatigués de tout cela qu'ils se suicident, après avoir longtemps fait pressentir cette funeste terminaison.

Cette monomanie peut alterner avec la manie. Dans tous ces cas le suicide a eu lieu pour des raisons certainement non suffisantes, mais jusqu'à un certain point plausibles. Il y en a malheureusement d'autres où le suicide arrive sans cause connue et où les individus sont portés irrésistiblement à se tuer. Ces cas sont beaucoup plus rares que les précédents. Il n'est pas possible de nier que cette envie de se détruire qui prend quelquefois à l'homme le plus raisonnable ne soit dans la nature humaine. A qui cette idée n'est-elle pas venue? Rappelez-vous ce qui vous est arrivé quelquefois en vous trouvant au haut des tours, au sommet des montagnes, quelquefois en faisant votre barbe, et vous concevrez par analogie cette irrésistible impulsion qui chez l'homme raisonnable est de courte durée, mais qui sous l'influence de certaines circonstances mal connues peut devenir monomanie. Enfin, on a vu le suicide se développer par imitation, devenir quelquefois, mais heureu-

sement bien rarement épidémique. Nous avons lu dans un livre anglais qu'un régiment de soldats fut tellement diminué par cette fatale propension au suicide, qu'on fut obligé pour l'arrêter d'avoir recours à des peines ignominieuses.

Quelles que soient les circonstances sous l'influence desquelles se développe le suicide, il faut aussi admettre des influences morales qui peuvent devenir causes occasionnelles. Il est certainement très-curieux pour le médecin de connaître ces influences. Voici ce qu'apprend à ce sujet la statistique morale.

Sur 6782 cas de suicide on en a trouvé 3112 où des causes morales ont été signalées.

Amour malheureux,	254, dont 157 femmes.
Jalousie,	92
Amour-propre humilié,	53
Calomnie; chagrin d'avoir perdu l'honneur,	125
Remords de mauvaises actions,	49
Ambition déçue,	122
Revers de fortune,	322
Jeu,	155
Mauvaise conduite,	287
Chagrins domestiques,	782
Misère et privations,	905
Fanatisme religieux,	16
Misanthropie,	3.

La plupart de ces influences morales agissent dans les villes; aussi est-ce là que les suicides sont plus fréquents. En Prusse on a observé que dans les villes les suicides étaient de 14 sur 100,000; dans les campagnes, seulement de 4.

M. Esquirol ne doute pas que l'onanisme, porté à l'excès, ne devienne cause de cette monomanie.

L'abus des liqueurs alcooliques a été aussi signalé comme cause prédisposante. Le suicide peut être commis pendant l'ivresse comme après.

Certaines conditions physiologiques ont été regardées comme prédisposant à cette monomanie. On a cité les cas de certaines femmes qui, à chaque grossesse, éprouvaient le désir de se suicider. On a vu d'autres femmes qui éprouvaient ce désir pendant les intervalles qui les séparaient de la menstruation. Celle-ci arrivait-elle, cette funeste propension disparaissait.

Selon les âges, le suicide ne se rencontre pas en nombre égal. La théorie semblerait indiquer la vieillesse comme étant plus portée au suicide. Mais les faits prouvent que plus l'homme approche du terme de la vie, plus il y est attaché. Sur le nombre de 6782 suicides, observés dans l'espace de 30 années, le plus grand nombre a été de 35 à 45 ans. 678 au-dessous de 20 ans, dont 181 n'avaient pas atteint l'âge de la puberté. Nous avons vu un enfant de 9 ans, ayant fait des tentatives de suicide. A 80 ans ils ont été très-rares. On peut citer l'exemple du père de Barthez, qui se suicida à 85 ans.

Selon les sexes. Le grand nombre de relevés qu'on a faits a prouvé que le nombre des hommes était à celui des femmes comme 3 à 1.

État civil. Les deux tiers étaient célibataires. Parmi les mariés, 900 hommes, 700 femmes.

Le penchant au suicide peut se transmettre de génération en génération, par hérédité. Des cas assez nombreux de cette influence héréditaire ne permettent pas de la révoquer en doute.

Sous le rapport des influences de la température, voici ce qu'on a observé. Le plus grand nombre de suicides a eu lieu du mois d'avril au mois d'août. Le plus petit nombre en automne. Les relevés de M. Esquirol, ceux du conseil de salubrité, les observations faites à Marseille, en Italie, dans un grand nombre d'hospices et de maisons de santé, constatent que c'est du printemps à l'automne que les suicides sont plus fréquents. Sous le rapport des différents pays, la France, l'Angleterre et l'Allemagne sont ceux où il est plus fréquent. Il est rare en Italie, en Espagne et en Russie.

Au reste, il est des époques où le nombre des suicides s'accroît d'une façon singulière. Des observations faites à Berlin, il résulte que pendant 18 années, il y eut 1 suicide sur 1800 décès. Dix-huit ans après, 1 sur 900, 18 ans après, 1 sur 600, enfin dans les 18 dernières années, 1 sur 100.

Cette monomanie peut présenter deux formes, la forme aiguë et la forme chronique.

La guérison est possible, mais rien n'est commun comme la récidive, dans cette monomanie. Parmi les cas les plus remarquables, M. Esquirol a cité celui d'une femme qui eut 10 accès de monomanie suicide, dans l'intervalle desquels la raison était parfaite. La mère de cette femme avait été sujette à des colères furieuses; sa fille avait des accès de manie pendant lesquels elle eut des accès de suicide, Elle peut se terminer par une folie complète, et alors le penchant au suicide peut disparaître ou persister. Quant au traitement, on ne peut rien établir de spécial.

2e *Espèce.* — MONOMANIES DUES A L'EXALTATION OU A LA PERVERSION DE L'AMOUR DES AUTRES.

Le sentiment d'amour des autres, de bienveillance, d'amitié, peut être exagéré, et alors on voit des individus se prendre d'attachement, de passion, pour un autre individu, souvent du même sexe.

Ce sentiment peut être perverti, aboli. On voit cela quelquefois pendant la grossesse des femmes. On voit aussi des individus tomber dans l'insensibilité morale, dans une indiffé-

rence complète; ils n'éprouvent aucune affection, ils sont morts à tout sentiment. Ou bien cet état ne leur fait aucune peine, ou bien ils s'en affectent vivement. Ils sont désespérés de leur insensibilité; ils font de vains efforts pour s'attacher à quelqu'un. Cette situation annonce quelquefois le premier degré de l'aliénation mentale. Dans cet état, la plupart des individus ne souhaitent et ne font du mal à personne; mais il en est qui ne s'arrêtent pas là, et, sans motif de haine, ils veulent tuer. C'est cette altération que l'on désigne sous le nom de monomanie homicide.

DE LA MONOMANIE HOMICIDE.

Ce penchant à tuer, ce désir de porter atteinte à l'existence, peut se révéler dès la première enfance par certains goûts et certaines directions d'idées. On voit des enfants qui sont remarquables par leur instinct féroce; qui prennent plaisir à tuer des animaux, à faire du mal à leurs camarades. Chez l'adulte, ce penchant s'accroît, et l'on voit des individus qui éprouvent du plaisir à voir couler le sang, à le répandre, qui s'en enivrent. Si ce penchant se développe sous l'influence des passions politiques ou religieuses, il peut devenir épidémique, et l'on voit des individus qui égorgent jusqu'à ce qu'ils ne trouvent plus de victimes. Ceux qui ont été témoins des massacres de septembre, à Paris, disent que le troisième jour, les égorgeurs ne pouvaient plus s'arrêter.

Voilà certes un des bien tristes côtés du cœur humain; mais ce n'est pas encore là la monomanie homicide.

Lorsqu'un individu commet un homicide sans passion, sans haine, sans intérêt, sans aucune cause appréciable, on doit considérer cet acte comme le produit d'un état morbide, comme une monomanie.

Ici se présentent plusieurs cas à distinguer.

1° Penchant développé chez les aliénés.

2° Individus qui ne présentent des signes d'aliénation que quelques jours ou quelques heures seulement avant de commettre le crime.

3° Individus qui ne sont privés de leur raison qu'au moment même de commettre le crime.

4° Cas bien constatés, mais heureusement plus rares, dans lesquels l'individu qui commet le crime n'a montré aucun signe d'aliénation, ni avant, ni pendant, ni après.

Étant ainsi résumés les différents cas dans lesquels a paru cette monomanie, nous devons dire que les causes ne sont pas toujours les mêmes. Ainsi un individu pourra être poussé à en tuer un autre par un motif qui sera soit une idée déraisonnable, soit une hallucination. On a vu un fils qui tua sa mère, malade depuis longtemps, parce qu'il s'était imaginé qu'il était un ange, destiné à faire jouir sa mère de la félicité éternelle. Les annales des tribunaux ont longtemps retenti du nom de cette mère, qui tua à coups de marteau ses quatre enfants. Cette femme avait eu des moments d'aliénation à chaque grossesse, et un penchant singulier au vol s'était développé en elle. Elle était convaincue que ses enfants seraient devenus voleurs, et elle les tua pour les soustraire à cette impulsion.

A côté de ces cas, il y en a d'autres où les motifs de la monomanie ne sont pas évidents. En voici un exemple singulier : un individu se fait faire la barbe; quand il est rasé, il se tourne brusquement vers le barbier, et lui dit : Vous m'insultez; en même temps, il prend un pistolet et le tue.

Il est des cas où cette monomanie est occasionnée, et produite par des hallucinations. M. Esquirol a vu un homme à peine aliéné, qui s'imaginait voir un cochon toutes les fois qu'il voyait un individu quelconque. Il était pris de rage subite et voulait le tuer.

Enfin quelques individus peuvent être quelquefois pris subitement d'un besoin irrésistible de verser du sang. Il y a quelques années, un jeune homme, le fameux Léger, éprouve tout à coup le désir invincible de porter atteinte à l'existence de ses semblables. Il fait des efforts incroyables pour résister à ce penchant; il fuit le monde, la société, se renferme dans sa chambre, tout est inutile. Réduit à un désespoir profond, il quitte la maison paternelle, se réfugie dans les bois, mène la vie d'un sauvage, et s'enfuit à l'approche de ses semblables. Un jour, il aperçoit une jeune fille endormie; son penchant l'entraîne; il lui met une corde au cou, la traîne dans sa caverne, l'égorge, lui déchire les entrailles, boit son sang, et mange son cœur.

Peu de temps après, un exemple à peu près semblable a jeté la consternation dans la capitale. Nous voulons parler du crime de Papavoine, trop connu pour en retracer ici l'histoire.

Ces cas sont loin d'être isolés, et les tribunaux retentissent tous les jours de faits analogues. C'est tantôt une jeune fille qui éprouve le besoin de tuer un enfant. Nous avons vu à Paris, un jeune poëte qui fit volontairement abnégation de sa liberté, et qui s'enferma dans une maison de santé, pour se soustraire à cette terrible influence. Il exerça une tentative d'homicide sur la personne d'un gardien de la maison. Il finit par devenir complétement fou. C'est une mère qui, accouchée depuis dix jours, avait les yeux fixés sur son enfant au berceau, et qui est prise tout à coup du désir de le tuer, désir qu'elle ne peut vaincre qu'en sortant précipitamment de sa cham-

bre. C'est l'histoire tragique d'Henriette Cordier, si remarquable par la préméditation avec laquelle elle conçut et commit son crime, histoire qui a eu une influence si funeste en France, qu'à cette époque nous fûmes menacés d'une épidémie de monomanie homicide. On vit des femmes, des filles, des mères prises tout à coup de l'instinct féroce de tuer des enfants. C'est une dame qui, après la lecture de ce procès, éprouve le désir de tuer son mari et ses enfants; un homme de tuer sa femme. C'est une domestique qui maigrit, devient pâle, éprouve des attaques nerveuses, et qui avoue enfin à sa maîtresse que deux fois elle a mis un couperet sur le cou de ses enfants, et que deux fois elle s'est arrêtée en les voyant pleurer.

Il faut reconnaître ici que les événements importants, les catastrophes publiques ou privées, ont des influences immenses sur l'esprit humain; nous devons, nous médecins, tirer cette conséquence que ces sortes de faits doivent être tenus cachés autant que possible. Nous devons encore, et c'est ici une des prérogatives de la médecine morale, nous élever avec force contre cette tendance de la littérature moderne à s'emparer de ce côté si triste du cœur humain pour l'exploiter dans ces romans, ces drames, où les infirmités les plus humiliantes de la nature humaine sont dévoilées sans retenue.

Après tous ces cas particuliers, nous devons en faire connaître un autre, où les prodrômes de cette maladie furent horribles. Un individu fut pris dès la plus tendre enfance d'un besoin effréné de manger de la viande pourrie, et surtout de la chair humaine putréfiée. Ce besoin s'accrut avec l'âge; et sans faim, sans appétit, cet homme sortait pendant la nuit, allait dans les cimetières, déterrait les cadavres, et là se repaissait de cet aliment horrible; il avait surtout une prédilection pour les entrailles.

Il est important de savoir dans quel état se trouvent ces individus après leur crime. Les uns deviennent maniaques, les autres sont rappelés à la raison. Quand ils sont rappelés à la raison, qu'observe-t-on? Quelquefois des remords, d'autres fois une insensibilité profonde. Quelques-uns mettent à cacher leur crime toute l'intelligence et la ruse dont ils sont susceptibles. D'autres viennent se livrer spontanément à la justice. Les magistrats disent que l'individu qui a des remords après son crime n'est pas aliéné. Les médecins disent le contraire : car plusieurs maniaques conservent des idées fort nettes du bien et du mal, du juste et de l'injuste.

C'est ici un des points les plus épineux et les plus importants de la médecine légale, et que les discussions qu'il a soulevées n'ont pu encore complétement résoudre. Les tribunaux ont jusqu'ici condamné à la peine de mort presque tous ces monomaniaques homicides. Voici un jugement assez ancien qui nous semble digne d'être médité par les criminalistes modernes. Vers l'an 1600, un garçon de quatorze ans atteint de lycantropie et revêtu d'une peau de loup parcourait les campagnes dont il était devenu l'effroi. Plusieurs fois il avait rencontré de jeunes enfants et les avait dévorés. Arrêté, Jean Grenier (c'était son nom) fut traduit devant le Parlement de Bordeaux. Tous les faits furent prouvés et le Parlement rendit l'arrêt suivant : Considérant que Jean Grenier est dans un état de folie, le Parlement le condamne à être enfermé toute sa vie.

On a cherché si les deux sexes étaient également atteints de cette monomanie, et l'on a trouvé à peu près un nombre égal d'hommes et de femmes.

Quant aux âges, voici un relevé de 21 cas :

1 cas avant 20 ans — 17 ans.
9 — de 20 à 30
7 — de 30 à 40
1 — de 40 à 50
3 — de 50 à 60
Au delà de 60 ans, 0.

Des faits exposés il résulte que chez l'homme il peut se développer un penchant à tuer, soit que l'intelligence soit troublée sur d'autres points, soit qu'elle reste saine; que la plupart des individus résistent à ce penchant. Ici se présente une question bien délicate. L'homme est-il toujours assez fort pour résister? En d'autres termes, y a-t-il culpabilité? Nous empiéterions sur la médecine légale si nous nous occupions de cette question. Mais, quoi qu'on en ait dit, la société a certainement le droit de séparer de son sein l'individu qui veut lui nuire. La question roule seulement sur la peine à infliger.

Pour terminer ce que nous avons à dire des monomanies, il nous resterait à parler de la monomanie par perversion ou exaltation des idées religieuses. Mais cette monomanie aussi variée, aussi diverse que sont diverses les manifestations des sentiments religieux, exigerait un développement beaucoup trop étendu pour que cette description puisse être faite dans ce cours.

Nous venons de parcourir le cercle des monomanies qui rentrent dans les quatre divisions exposées. Nous devons parler maintenant de la forme de l'aliénation mentale connue sous le nom de démence.

DE LA DÉMENCE.

Dans tous les cas d'aliénation mentale dont nous avons déjà parlé, nous avons trouvé encore des idées, souvent mal coordonnées à la vérité, mais quelquefois aussi, raisonnables.

Dans la démence, cette coordination n'existe plus, les malades déraisonnent toujours et sur tous les sujets.

La démence est secondaire ou primitive. Elle est secondaire quand elle succède à la manie ou à la monomanie. Elle est primitive surtout chez les vieillards.

On l'a observée à tous les âges.

Elle survient quelquefois sans cause appréciable. D'autres fois à la suite d'altérations encéphaliques, d'abus de liqueurs alcooliques, à la suite de la masturbation. Les différentes maladies du cerveau sont-elles des causes spéciales? On voit la démence survenir souvent après l'apoplexie, ou après une affection chronique des méninges.

Symptômes. Il est très-remarquable que les individus en démence perdent la mémoire des faits récents, et gardent celle de choses passées depuis longtemps. Les idées ne s'associent plus entre elles, les jugements se forment mal, peu à peu ils arrivent à ne pouvoir plus coordonner les idées. Avant d'arriver à ce degré où ils ne pensent plus, où ils tombent dans un abrutissement complet, où ils ne vivent plus que d'une vie végétative, ils ont des moments d'intermittence, des instants d'exacerbation, de colère furieuse, de frénésie; ils deviennent des fous dangereux. A quelques-uns, bien que depuis longtemps ils ne puissent lier leurs idées, il arrive quelquefois d'en pouvoir coordonner, mais toujours déraisonnables. Une observation qui a été faite et qui prouve que les facultés intellectuelles ne sont pas liées les unes aux autres, c'est que l'on voit des fous qui peuvent se livrer à quelque talent qu'ils ont possédé avant de tomber en démence. On en voit qui font de la musique, d'autres qui dessinent, d'autres qui jouent aux échecs, aux dames, au billard, d'autres qui reconnaissent les personnes qu'ils ont vues jadis. On dirait dans ces cas que le cerveau agit par une impulsion une fois donnée. Il est très-important de connaître ces faits pour ne pas confondre ces fous avec les monomaniaques.

La démence arrive ordinairement par degrés. Il est des cas où elle commence et où elle finit d'une manière aiguë. On en voit quelques-uns qui n'éprouvent plus aucune impression extérieure, ils ont les yeux ouverts sans voir, ils n'entendent pas, ne parlent pas, sont absolument comme des automates. Cela arrive surtout après une émotion vive, une impression profonde.

Dans l'immense majorité des cas la démence succède à la manie.

DE L'IDIOTIE.

C'est une forme d'aliénation mentale caractérisée par une nullité complète du cerveau. Cette affection est congéniale. L'individu qui en est atteint, vient au monde, vit et meurt sans communiquer par la pensée avec les objets extérieurs : c'est un être nul et bien au-dessous de la brute.

L'homme frappé d'aliénation mentale présente d'autres désordres qu'il est important d'étudier.

Le premier cas est celui où le trouble de l'intelligence est sans complication.

Dans le deuxième cas, il existe des désordres fonctionnels qui peuvent porter sur les centres nerveux; de là des altérations diverses du sentiment et du mouvement. Chez plusieurs aliénés la sensibilité peut être exaltée, exemple : les hypocondriaques; chez quelques autres, elle est entièrement abolie. On a vu des aliénés qui s'enfonçaient les ongles dans les chairs sans manifester aucune douleur. D'autres enfin chez qui elle n'est qu'affaiblie. C'est ici le cas de parler de cette faculté singulière qu'ont certains aliénés de supporter sans inconvénient l'exposition à une très-basse température. Cependant il ne faut pas faire de ce fait une règle générale, car plusieurs aliénés n'ont pas présenté cette faculté. On en voit qui passent les nuits sur les dalles, exposés à un froid très-rigoureux sans éprouver non-seulement des pleurésies et des pneumonies, mais même des coryzas et des rhumes. Il ne faut pas pour cela négliger de chauffer les chambres des aliénés.

Il y a des aliénés chez lesquels on observe cette circonstance singulière, que la sensibilité de certains organes des sens est singulièrement modifiée. M. Foville a vu des aliénés se promener pendant des heures entières en fixant le soleil, sans en éprouver la moindre incommodité.

Le mouvement peut aussi être modifié soit accidentellement, soit d'une manière spéciale à l'aliénation mentale. Ainsi, si l'hémorragie cérébrale ou quelque autre maladie de l'encéphale se joint à l'aliénation mentale, le trouble du mouvement provient de ces maladies. Mais il existe d'autres lésions du mouvement qu'on ne retrouve que chez les aliénés. C'est la paralysie générale des aliénés, qu'on ne retrouve guère sans l'existence de l'aliénation mentale. Cette paralysie peut précéder l'aliénation mentale, coïncider avec elle ou la suivre. Le premier cas est le plus rare; le second, moins que le premier ; enfin le troisième est le plus fréquent.

Cette paralysie offre trois degrés :

1er Degré. Avant que les mouvements des membres présentent une modification, c'est la langue qui commence par se paralyser. On remarque d'abord une gêne dans la parole, dans la déglutition. Tel est très-souvent le début de cette paralysie. Aussi les médecins doivent-ils faire la plus grande attention à ce

phénomène. Plus ou moins longtemps après, on observe moins de liberté dans les membres inférieurs. Le malade faiblit sur ses jambes; il chancelle, et sa démarche quelquefois ne saurait être mieux comparée qu'à celle d'un enfant qui essaye ses premiers pas. Cette faiblesse peut ne pas exister toujours au même degré. Il y a des jours, des instants où elle diminue, et cesse quelquefois. On voit des malades, qui la veille, ou quelques heures avant, ne pouvaient pas se tenir sur leurs jambes, se lever, marcher, supporter des fardeaux.

Voilà le premier degré caractérisé par la paralysie de la langue et la faiblesse des membres inférieurs.

Le 2e degré est caractérisé par l'intensité plus grande des mêmes symptômes. La paralysie n'est plus bornée aux membres inférieurs; elle s'étend aux membres supérieurs. Les malades ne peuvent plus se soulever sur leurs bras, ni rien serrer dans leurs mains. La sensibilité générale commence à devenir obtuse; les sens conservent encore leur intégrité.

Le 3e degré est caractérisé par une paralysie aussi complète que possible. Les muscles du tronc y participent; la sensibilité se perd; les organes des sens ne fonctionnent plus, les malades sont couchés sur le dos, sans pouvoir faire un seul mouvement. Les organes intérieurs présentent des altérations graves, et les malades succombent, soit à ces désorganisations, soit, ce qui est plus fréquent, à la suite des escarres survenues.

La maladie n'est pas toujours aussi simple. Au milieu de la paralysie, apparaissent quelquefois des convulsions; et, chose bien remarquable, un muscle qui tout à l'heure était frappé de paralysie, peut présenter des contractions convulsives. C'est souvent au milieu de ces convulsions que meurent les malades.

Cette paralysie, nous l'avons déjà dit, est un des symptômes les plus fréquents d'aliénation mentale. Cependant tous les aliénés n'en sont pas frappés. Les diverses formes de l'aliénation mentale la présentent-elles aussi souvent? Non, c'est dans la démence qu'on l'observe plus fréquemment.

Elle n'a pas toujours la même durée. Elle varie de 6 mois à 4 ans; la durée moyenne est de 13 mois.

Quant à la marche, elle offre encore des considérations importantes. Elle est souvent irrégulière, et présente des intervalles de rémissions et d'exacerbations. Elle disparaît quelquefois, mais momentanément; car au bout d'un temps assez court, elle revient. Il est excessivement rare qu'elle disparaisse pour ne plus revenir. On a observé, en outre, qu'elle pouvait être entravée dans sa marche par des altérations des centres nerveux.

La paralysie ajoute singulièrement à la gravité du pronostic. Presque jamais les aliénés paralysés ne guérissent; et cette paralysie aboutit presque toujours à la mort. M. Esquirol, dans sa longue et si nombreuse pratique, ne cite que 3 cas de guérison.

Causes. — Ages. D'après M. Calmeil, tous les âges ne seraient point également exposés à cette paralysie. A Charenton, on l'a observée:

2 fois avant 32 ans.	
14 fois	de 30 à 40.
20 fois	de 40 à 50.
9 fois	de 50 à 60.

Après 60 ans la fréquence allait en diminuant.

M. Esquirol a observé que les aliénés paralytiques se trouvaient surtout parmi ceux qui avaient fait abus, soit des plaisirs vénériens, soit des boissons alcooliques, soit de préparations mercurielles. A Charenton, M. Calmeil a dit que cette paralysie sévissait surtout chez les militaires.

Sexes. Il résulte d'un calcul très-considérable que le nombre des aliénés paralytiques était beaucoup plus grand parmi les hommes que parmi les femmes.

A Bicêtre, il y a beaucoup moins de paralytiques qu'à Charenton. Elle est rare dans le midi de l'Europe et les provinces méridionales de la France. L'influence des climats est pour beaucoup dans la production de cette paralysie (*Voyez* un Mémoire de M. Esquirol, inséré dans le tome 1er des *Annales de médecine légale;* aussi l'ouvrage de M. Calmeil, *Sur la paralysie des aliénés*).

Chez les aliénés existent encore d'autres troubles des mouvements. C'est surtout l'épilepsie que l'on rencontre le plus fréquemment. Sur 628 malades épileptiques, 397 étaient atteints d'aliénation mentale; et tous les autres présentaient quelque chose de bizarre et d'insolite dans le caractère : aucun n'avait certainement l'intelligence intacte. Les relevés de MM. Boucher et Cazauvielh confirment ces données. On a, à ce sujet, établi que l'aliénation mentale était d'autant plus à craindre que l'épilepsie avait paru à un âge moins avancé.

Altérations des fonctions de nutrition.

La digestion est ordinairement à l'état normal. Ce qu'on remarque le plus fréquemment, c'est la constipation.

Respiration ordinairement bonne.

Circulation. Il existe à ce sujet un très-long et excellent mémoire de MM. Leuret et Mitivier, intitulé : *De l'état du pouls chez les aliénés.*

Ces deux observateurs ont reconnu que le pouls était notablement altéré chez la plupart des aliénés.

D'autres observations, faites par M. Foville, ont confirmé ces résultats.

Les altérations des sécrétions exercent quel-

quefois une influence favorable sur l'aliénation mentale. Ainsi on l'a vue s'amender, et guérir même, après une salivation critique abondante.

Nous venons de parcourir le cercle des désordres fonctionnels que présentent les aliénés. Il faut maintenant aller plus loin, et chercher quelles sont les lésions organiques qui, dans l'état actuel de la science, coïncident avec ces altérations fonctionnelles.

Anatomie pathologique de l'aliénation mentale.

Jusqu'à nos jours, les observateurs, en général, ont pensé que l'aliénation mentale ne pouvait pas être reconnue sur le cadavre par les altérations que l'on y trouve. Si l'on voulait dire par là que les lésions cadavériques n'expliquaient pas l'aliénation mentale, on avait mille fois raison, comme l'altération des glandes de Peyer n'explique pas la fièvre typhoïde. Mais il ne s'agit pas d'expliquer l'aliénation mentale, il s'agit seulement de savoir si, étant donné cet ensemble de symptômes qui constituent la maladie, on trouve certaines altérations cadavériques spéciales.

Depuis Morgagni jusqu'à nos jours, on s'est occupé d'ouvertures des aliénés. Morgagni, qui en avait fait un grand nombre, n'avait trouvé aucune altération spéciale. Les recherches d'autres observateurs confirmaient l'assertion de Morgagni. En face de ces assertions, il était naturel que les médecins modernes soutinssent que ces lésions étaient accidentelles ; d'autres qu'elles étaient des effets de la maladie, et enfin qu'ils tirassent cette conclusion que l'ouverture des corps était tout à fait incapable de rendre raison de la maladie : ainsi pensaient Pinel et M. Esquirol. Mais ce dernier, qui a professé cette doctrine il y a vingt ans, l'a singulièrement modifiée dans des travaux récents. M. Esquirol, qui ne reste pas étranger aux progrès de la science, écrivant sous l'influence des découvertes faites par ses élèves, a dit que très-souvent on trouve des lésions dans le cerveau des aliénés. Il n'ose pas encore dire que ces lésions sont la cause de ces aliénations.

D'autres observateurs vont beaucoup plus loin, et disent que les lésions anatomiques des aliénés ont quelque chose de spécial. Les recherches successives de MM. Foville, Calmeil, Pinel-Grandchamp, Falret, etc., les ont conduits à établir les principes suivants :

1° Que dans l'aliénation mentale, le cerveau présente des altérations reconnaissables par les seules lumières de l'anatomie ;

2° Que ces altérations sont diverses, selon que l'aliénation est aiguë ou chronique ;

3° Qu'elles varient encore selon la nature des symptômes, suivant qu'ils consistent en lésion simple de l'intelligence, ou en lésion compliquée de celle du mouvement.

On a conclu de tout cela que ces lésions avaient un rapport direct avec la maladie et ses symptômes.

Les recherches de ces observateurs méritent certainement une attention sérieuse. Et quoique ce qu'ils ont avancé ne puisse pas encore être considéré comme des vérités incontestables, il serait absurde de dire que l'anatomie pathologique ne sert à rien dans l'aliénation mentale. Il faut au contraire enregistrer ces faits, en dresser l'inventaire, et voir si des recherches postérieures justifieront toutes celles déjà faites.

Il faut distinguer deux cas dans l'étude des altérations pathologiques de l'aliénation mentale :

1° Celui où le trouble de l'intelligence est simple, sans complication des désordres du mouvement et du sentiment ;

2° Celui où le trouble de l'intelligence se complique du désordre du sentiment et du mouvement.

Premier cas :

L'altération pathologique peut avoir lieu sur :

La substance cérébrale ;

Les nerfs ;

Les méninges ;

Les os.

Si dans les sciences d'observation on devait juger *à priori*, on dirait que dans l'aliénation mentale les altérations pathologiques doivent se rencontrer à la périphérie du cerveau. En effet, l'embryogénie et l'anatomie comparée apprennent que dans les premiers temps de l'existence, la périphérie du cerveau existe à peine, la substance corticale ne paraît que lorsque l'enfant commence à penser, à vouloir, à se déterminer. Dans la série animale le décroissement de l'intelligence est en rapport direct avec le décroissement de la périphérie et de la substance grise.

Mais loin de faire servir ces faits à la démonstration des lésions cadavériques, loin de les accepter comme preuves de ces lésions, nous craignons que les auteurs modernes ne se soient laissé guider par eux et n'aient jugé aussi *à priori*. Voici au reste l'analyse exacte d'un travail excellent de M. Foville.

Lorsque le trouble de l'intelligence existe seul et sans complications, il a trouvé que la substance grise de la périphérie était altérée. Cette altération résidait exclusivement dans cette partie et non dans la substance grise des parties intérieures.

Cette proposition fondamentale étant admise, l'altération de la substance grise est-elle la même dans les affections aiguës ou chroniques? Non.

Dans l'état aigu, que M. Foville a admira-

blement décrit, à la première inspection, il est difficile de reconnaître l'altération. Mais en examinant avec attention la substance grise on la trouve altérée de diverses manières. Ce sont des marbrures variant de couleur depuis celle du sang artériel jusqu'au rouge lilas, des épanchements petits, nombreux, sablant la substance corticale; d'autres fois la superficie même des circonvolutions est rouge comme une peau érésipélateuse. Ainsi cette rougeur peut-être superficielle ou profonde. La consistance de la substance corticale a été trouvée augmentée à la superficie, amoindrie à l'intérieur. On a trouvé en même temps une notable dilatation des vaisseaux.

Cette altération suivant l'ordre de fréquence a été vue, 1° région frontale; 2° région temporale; 3° région pariétale; 4° région occipitale. A l'état chronique, cette substance corticale se divise facilement en deux couches, l'une superficielle plus dure et notablement décolorée, présentant quelquefois une couleur argentée, ou d'un blanc sale et qui s'enlève comme une membrane, se détache de la couche profonde qui est rougeâtre et comme parsemée de bourgeons. D'autres fois ce qu'on observe est un ramollissement total de la substance grise. D'autres fois, et surtout dans les cas de démence bien chronique, c'est l'atrophie de la substance grise et des circonvolutions qu'on rencontre. Cette atrophie présente plusieurs formes. Ce sont tantôt des dépressions linéaires, des enfoncements irréguliers qui laissent dans leurs intervalles des bosselures de différents volumes. Il n'est pas rare, dans le cas où la surface des circonvolutions est ainsi bosselée, de trouver dans l'épaisseur de la substance corticale une multitude de petites lacunes jaunâtres remplies d'une sérosité de même couleur; car c'est une loi dans l'organisme que lorsqu'un organe ne se développe pas, se développe mal ou s'atrophie, de trouver dans la cavité qu'il forme une plus ou moins grande quantité de sérosité.

D'autres fois la diminution de volume, l'atrophie des circonvolutions, a eu lieu surtout vers leurs sommets : elles se terminent alors par une extrémité anguleuse qui semble avoir été pincée avec les doigts, ou bien c'est surtout vers leur base que la perte de substance se fait sentir. Dans tous ces cas les intervalles des circonvolutions sont agrandies et peuvent avoir acquis une largeur plus considérable que le diamètre des circonvolutions elles-mêmes. Cette altération est très-fréquente dans la région frontale. Chose digne de remarque, elle occupe souvent d'une manière symétrique trois à quatre circonvolutions situées de chaque côté de la suture sagittale en dedans de la bosse pariétale; on trouve à leur place une vaste lacune remplie de sérosité.

Dans ces cas d'atrophie, ce qui reste de substance grise est généralement plus ferme que dans l'état naturel, sa couleur est en même temps profondément altérée; tantôt elle est si pâle que ses limites précises avec la substance blanche sont difficiles à déterminer; tantôt elle offre à l'extérieur une teinte fauve, claire et au-dessous une légère nuance rosée. Quelquefois toute l'épaisseur de la substance grise est endurcie d'une manière sensible. Un autre état de la substance corticale dans les cas d'aliénation chronique est son ramollissement. Elle peut aussi disparaître complétement dans une portion plus ou moins étendue.

Les altérations de la substance grise des renflements centraux sont beaucoup moins communes que celles de la couche corticale. Il faut en excepter cependant celles de la corne d'Ammon qui se trouvent dans un grand nombre d'aliénations chroniques.

Ces altérations sont assez variables pour qu'elles puissent correspondre à des aliénations diverses, car la maladie peut être différente selon la nature et le siége de ces altérations.

Il est indubitable que ces altérations aient été trouvées. Il reste à chercher si elles sont constantes, au au moins très-fréquentes; en un mot, si elles constituent le caractère anatomique de l'aliénation mentale. Ce qu'il y a de certain à cet égard, c'est que jusqu'ici ces altérations ne se trouvent dans aucune autre maladie. Il nous reste encore à savoir à quelle époque de la maladie elles se manifestent.

Les altérations de la substance blanche, dans ce premier cas, sont beaucoup moins importantes et beaucoup moins fréquentes que celles de la substance grise. Quelques auteurs même n'en admettent pas.

Les nerfs présentent quelques lésions. M. Foville a parlé d'un individu qui était tourmenté par une hallucination de la vue. Les nerfs optiques furent trouvés notablement altérés. Les nerfs olfactifs ont été trouvés durs et coriaces.

Les méninges : à l'état aigu, altérations souvent nulles; d'autres fois injectées à divers degrés. A l'état chronique on les a trouvées opaques, épaissies, augmentées de consistance. Cette augmentation de consistance était due à un dépôt de substance étrangère entre l'arachnoïde et la pie-mère.

On a vu aussi de fausses membranes, des adhérences, des agglutinations des circonvolutions entre elles.

Les os présentent aussi une espèce d'atrophie, dans laquelle le diploé disparaissant, la lame compacte externe s'approche de l'interne, de manière qu'il existe en dehors un enfoncement très-sensible.

Deuxième cas :

Trouble de l'intelligence avec trouble du mouvement.

Les altérations de la substance grise sont les mêmes que dans le premier cas.

La substance grise a été trouvée quelquefois normale, bien plus souvent altérée. Dans le plus grand nombre de cas c'était l'induration, une couleur d'un blanc resplendissant. M. Foville, en disséquant le cerveau d'une manière particulière, est arrivé à voir qu'il pouvait se diviser en plusieurs plans. Chez quelques aliénés cette division ne pouvait plus s'opérer. Enfin on a trouvé l'œdème, des kystes, des épanchements de sérosité dans les méninges; enfin toutes les altérations organiques possibles peuvent se trouver dans l'aliénation mentale. Il y a des cas ou M. Foville n'a trouvé d'autre altération qu'une pâleur extrême de la substance cérébrale.

En résumé, il se présente deux cas : dans le premier on ne trouve point d'altération appréciable; dans le second, lésions, soit spéciales, soit générales et communes à d'autres maladies.

Voilà l'analyse des travaux de M. Foville. Mais des autopsies faites par des observateurs dignes de foi n'ont pas confirmé ces résultats. Attendons des observations plus nombreuses pour nous hasarder à infirmer les propositions de M. Foville.

Dans l'idiotie ce qui frappe surtout, c'est la petitesse du cerveau traduite par la petitesse du crâne. Cette petitesse du cerveau est due au petit volume des circonvolutions.

L'altération pathologique trouvée sur le cerveau des idiots portait sur la substance corticale qui peut manquer entièrement. On a trouvé les circonvolutions indurées. On a vu dans quelques cas les hémisphères cérébraux remplacés par une poche séreuse plus ou moins considérable.

En thèse générale, on peut dire que le développement du cerveau suit le développement du crâne.

Un auteur étranger a dit avoir observé chez un idiot dont le cerveau était atrophié, une hypertrophie considérable du nerf grand sympathique.

Voilà déjà bien des données sur le cerveau des aliénés. Dans tout cela il y a le côté positif et le côté conjectural. N'avons-nous rien négligé? Une autre donnée nous est fournie par la pesanteur des cerveaux. Meckel avait annoncé que le cerveau des aliénés était moins pesant. Cette assertion méritait d'être confirmée. M. Esquirol, qui s'est occupé de la vérifier, est resté dans le doute. MM. Leuret et Mitivier ont repris ce travail, et sont arrivés à des résultats entièrement opposés à ceux de Meckel. Ils se sont servis de la balance hydrostatique, et l'eau étant prise pour 1,000, ils ont trouvé que :

Dans le cerveau des personnes non aliénées, le poids spécifique moyen était de 1,028.

Chez les aliénés, de 1,030,
Maniaques, 1,031,
Démence, 1,032,
Monomaniaques, 1,034.

Pesanteur spécifique moyenne, 1,031. — D'où il suit qu'elle est plus grande que chez les non aliénés.

Jusqu'ici nous avons étudié l'individu déjà aliéné et nous avons considéré les diverses lésions cadavériques comme causes de l'aliénation.

Il nous reste à faire des recherches plus importantes et qui doivent influer sur les études ultérieures de cette maladie. Il s'agit de savoir s'il y a dans le cerveau des conformations particulières qui conduisent à l'aliénation mentale. Cette question soulevée par Gall a été l'objet de ses études et de ses observations. *A priori*, cette idée fondamentale repose sur un fait qui ne peut être mis en doute: c'est que les diverses passions, les différents penchants, instincts, les diverses affections et les diverses facultés intellectuelles de l'homme peuvent se trouver isolés et séparés les uns des autres, d'où il suit que le cerveau ayant la possibilité d'exécuter isolément différents actes, il doit y avoir dans cette partie autant d'organes qu'il y a de fonctions. Voilà ce qu'a dit Gall, et il a cherché à localiser ces organes.

Ce dont il s'agit pour nous, c'est de savoir si ces divers actes du cerveau peuvent conduire à l'aliénation mentale par exaltation ou perversion provenant d'une constitution défectueuse des organes. Or, l'histoire des monomanies nous a suffisamment prouvé ce fait. Mais cette monomanie peut-elle être annoncée ou prévue par le développement des parties du cerveau qui y président?

Pour traiter cette question, nous avons besoin pour la poser nettement de placer les quatre cas suivants relativement à la production de l'aliénation mentale sous le rapport de la configuration.

1° Une partie du cerveau peut être très-développée, les autres parties étant normalement développées.

2° Une partie du cerveau peut être développée, les autres parties étant moins développées que de coutume. Exemple : Le cervelet peut être très-développé et les lobes antérieurs du cerveau être en rudiment. Or, suivant que l'un ou l'autre de ces cas arrivera, les conséquences seront bien différentes. Dans le premier cas l'éducation morale ou physique peut modifier l'organisme, et l'on peut espérer d'arrêter la propension à l'aliénation mentale. Il n'en est pas de même dans le second cas, où les influences de l'éducation seront nulles.

3° Une partie peut être moins développée

que de coutume, et le reste, avoir son développement accoutumé. Il peut résulter divers phénomènes de cette circonstance ; car le défaut de développement d'une partie donne lieu à des penchants viciés.

4° Toutes les parties peuvent être moins développées que de coutume.

Il y a eu des époques, dans la science, où l'on a cru que ce dernier cas était le plus fréquent, et presque toutes les aliénations mentales étaient rapportées à cette circonstance. On pense aujourd'hui, avec toute raison, que c'est le cas le plus rare, et que le défaut de développement d'une partie est incontestablement le plus fréquent.

On doit comprendre dès lors la possibilité de plusieurs aliénations dont la prédisposition existe. Mais est-il possible d'apprécier cette prédisposition par la forme du crâne? Ici il y a une mesure à garder. Gall a exagéré les connaissances que l'on peut acquérir par la conformation du crâne. Il est certain qu'en plusieurs circonstances, chez l'homme et chez les animaux, le développement du crâne n'est pas en rapport avec le développement du cerveau. Mais dans l'immense majorité des cas, le contenant est en rapport avec le contenu.

Je vais maintenant prendre dans les idées de Gall, relatives à notre sujet, les points les plus saillants et les plus démontrés.

Par exemple, Gall a accumulé un grand nombre d'observations, pour prouver que chez les individus remarquables par l'exaltation de leur appétit vénérien, les fosses occipitales postérieures étaient très-développées. Cette exaltation peut conduire à la monomanie ; de là le satyriasis, la nymphomanie, etc.

Il assigné un siége différent au désir et à l'instinct de la progéniture, c'est les fosses occipitales supérieures. Cet instinct peut produire certaines monomanies. On a des cas singuliers des femmes qui croyaient être toujours enceintes, et qui faisaient toute leur vie des préparatifs d'accouchement. Non-seulement on a vu des femmes dans ce cas là, mais même des hommes : Gall a constaté dans ces circonstances un notable développement des fosses occipitales supérieures.

Ces divers instincts représentent ce que Gall appelle le besoin nécessaire de reproduction de l'espèce.

Il y a des monomanes continuellement tourmentés par des idées de rixes et de combats; et si on observe le début de cette monomanie, on voit que ces individus étaient toujours en garde contre les insultes et les mauvais traitements auxquels ils croyaient être en butte. Cette monomanie vient de l'exaltation de l'instinct de se défendre, dont le siége est à l'angle postérieur externe et inférieur des pariétaux. Les faits pathologiques ont coïncidé avec un développement anormal de cette partie.

Je vous ai prouvé outre mesure qu'il existe des monomanies homicides. Gall a fait tous ses efforts pour préciser le siége de cet instinct. Il résulte de ses observations que la partie du cerveau, située au-dessus du conduit auditif externe, a été trouvée très-développée chez les monomanes homicides, et chez les individus qui aimaient à répandre le sang, à tuer. Ce développement peut coïncider avec des développements divers des autres parties. Si la partie antérieure est peu développée, cet instinct féroce n'est plus équilibré.

Je vous ai prouvé encore qu'il y avait des monomanies caractérisées par le penchant au vol. Gall a cherché à prouver, et ceci est au moins fort ingénieux, que ce penchant au vol était une modification de l'instinct de l'amour de la propriété et du penchant à faire des provisions. Gall place le siége de cet instinct vers le milieu de la fosse temporale. On cite l'exemple d'un individu qui fut frappé d'un coup à la fosse temporale : il guérit, mais pendant longtemps il éprouva la monomanie du vol.

Les monomanies caractérisées par des idées d'ambition et d'orgueil ont, d'après Gall, leur siége en arrière et au-dessous du sommet de la tête.

Il y a des individus dont la faculté intellectuelle dominante est la circonspection. L'exagération de cet instinct peut conduire à diverses monomanies. Gall dit que chez ces individus la partie supérieure, postérieure et externe des pariétaux est très-développée. Chez les individus qui manquent de circonspection cette partie s'enfonce au contraire.

Jusqu'à présent ces penchants de l'homme lui sont communs avec certains animaux. C'est la prédominance de ces penchants qui le rend semblable à eux, et cette prédominance se développera avec d'autant moins d'obstacle que les organes qui président aux fonctions intellectuelles seront moins développés ou seront atrophiés.

Nous avons à examiner maintenant les organes intellectuels dont les diverses altérations peuvent entraîner des aliénations d'une toute autre nature que celles que nous avons examinées jusqu'ici.

Ces organes qui président aux facultés intellectuelles sont propres à l'homme et ne se trouvent que chez lui. Les animaux, en effet, n'offrent pas de développement encéphalique vers la partie antérieure. L'homme seul présente *le front*, les animaux en manquent entièrement.

Les admirables travaux de Gall ont eu pour but de localiser ces facultés intellectuelles. A-t-il toujours réussi ? Sans doute que dans ce vaste ensemble quelques erreurs ont pu se glisser. Mais à lui le premier appartient cette gloire impérissable d'avoir posé des principes, d'en avoir fait découler des consé-

quences et d'avoir fait converger cette masse innombrable de faits vers un but unique. Il y a chez l'homme une faculté bien remarquable. C'est l'*éducabilité*, la *perfectibilité*, elle se rencontre chez quelques animaux, mais très-faible. Gall en place le siége à la partie moyenne et inférieure du front. Du développement varié de cette faculté résultera l'admirable possibilité de perfectionnement. Si elle est anormalement développée, l'individu sera entraîné avec passion vers tout ce qui est nouveau, il aura la monomanie des innovations. Dans les cas, au contraire, où ce développement sera insuffisant, on remarquera une horreur de ce qui est nouveau et l'attachement à la routine.

A côté de ce besoin de changer d'idées existe chez l'homme et chez les animaux un besoin de changer de lieux. Ce besoin, Gall en a placé le siége à la naissance des sourcils.

Il y a des individus remarquables par une prodigieuse mémoire des mots et une aptitude extraordinaire à apprendre les langues. Ces individus présentent une saillie considérable au-dessus de la voûte orbitaire. La voûte est alors comprimée, et les yeux sont saillants au dehors de la tête. A côté de ces individus on en voit d'autres qui n'ont jamais pu apprendre à parler. Gall a observé dans ces cas-là un enfoncement à la partie dont nous venons de parler. Dans certaines maladies la mémoire, surtout celle des mots, prend une activité considérable.

Nous devons dire ici que les hautes facultés intellectuelles ont pour organes les parties supérieures et antérieures du crâne. Dans l'immense majorité des cas, les fonctions intellectuelles sont en rapport avec le développement de ces parties. On a cité une exception bien remarquable, c'est celle de Voltaire. Une observation attentive aurait fait voir que Voltaire avait la face petite à la vérité, mais un front très-développé. Chez les idots cette partie est très-remarquable par son peu de développement.

Il y a des individus chez lesquels prédomine un instinct de bienveillance et de bonté. L'organe qui y préside est situé à la partie moyenne et antérieure du front ; les individus remarquables par leur méchanceté sont remarquables par l'enfoncement de cette partie.

Un autre sentiment se trouve plus ou moins développé, c'est le sentiment des idées religieuses. Le siége de ce sentiment est au sommet de la tête.

Il faut ajouter que ces diverses parties, sans être plus ou moins développées, peuvent devenir accidentellement malades, et de là naissent des aliénations accidentelles.

Il y a longtemps qu'on a dit que la forme du crâne influait sur la production de l'aliénation mentale.

Voici ce que Gall a dit des diverses circonférences de la tête relativement au développement de l'intelligence :

12 à 15 pouces de circonférence.—Idiotisme.
18 pouces. — Intelligence médiocre.
18 à 20. — Intelligence développée.
De 20 à 22. — Summum d'intelligence.

Voilà l'exposé d'une haute philosophie; mais, avouons-le, tout cela n'est encore que conjectural.

Traitement de l'aliénation mentale.

Depuis quelques années en France, en Allemagne et en Angleterre, on s'est beaucoup occupé du traitement de cette maladie. C'est à Pinel que l'on doit en France les améliorations apportées dans le traitement des aliénés. Avant lui ces malheureux, chargés de chaînes, étaient renfermés dans des cachots. Aujourd'hui on leur accorde toute la liberté possible, et il y a lieu d'espérer que cette amélioration en amènera d'autres.

Le traitement de l'aliénation mentale doit être envisagé sous deux points de vue : il doit être hygiénique et médical.

Sous le point de vue médical. Émissions sanguines ; les avis sont partagés sur l'importance de cette médication. Pinel n'y avait pas foi et pensait qu'elles étaient plus souvent nuisibles qu'utiles. Cependant Pinel en a été trop parcimonieux. M. Esquirol les emploie sobrement et avec prudence. Les médecins américains les emploient avec profusion. Au milieu de ces avis divers, que doit-on penser ? Qu'elles sont favorables au début de l'aliénation. Lorsqu'il y a des symptômes de congestion évidents, que la face est rouge, le pouls fort et fréquent, il est urgent de tirer du sang pour tâcher de faire avorter une aliénation qui débute. Si dans le cours de cette aliénation il surgissait une congestion cérébrale, l'emploi des émissions sanguines serait alors très-important. Chez les femmes aliénées on doit les employer à chaque époque menstruelle, que cette époque amène ou non le retour des règles, on doit tirer du sang, car elle est toujours accompagnée d'exacerbation.

En résumé, les évacuations sanguines doivent être employées, 1° pour procurer l'avortement de l'aliénation ; 2° pour combattre les accidents qui surviennent dans le cours de la maladie. Mais elles ne doivent pas être employées comme remède unique.

Au reste, on peut varier sur le mode de leur emploi. Au début, l'ouverture de la veine doit être préférée à tout autre moyen. Quand la maladie existe depuis longtemps, c'est aux sangsues qu'il faut recourir. On les applique aux jugulaires, à l'anus ou aux cuisses. On doit

avec d'autant plus de raison recourir aux sangsues que le malade est plus affaibli. On peut aussi recourir aux ventouses scarifiées.

Plusieurs moyens peuvent coïncider avec l'emploi des émissions sanguines. Ainsi on a retiré quelquefois de grands avantages des bains tièdes. Les bains froids longtemps prolongés, préconisés par certaines personnes, n'ont pas eu de succès constaté. Les affusions froides sur la tête, longtemps en vogue, sont assez généralement rejetées aujourd'hui. Il y a même des établissements où on ne les emploie que comme moyen de discipline. Les douches tiennent le premier rang dans cette médication. On les donne tantôt avec un arrosoir, tantôt avec un jet d'eau, tantôt on verse brusquement sur la tête du malade un seau d'eau que l'on fait tomber d'une plus ou moins grande hauteur. On a eu recours aussi aux affusions froides générales. Quelques succès ont été obtenus par ce moyen; on a cité celui d'une jeune fille que l'on plaça dans une baignoire et sur laquelle on fit des affusions avec de l'eau à 14°, on répéta ces affusions, elles procurèrent du calme. Un jour il survint un frisson violent, on cessa les affusions, on plaça la malade dans un lit, elle s'endormit, une sueur copieuse survint, à son réveil la malade était dans un calme parfait et l'intelligence était revenue à son état normal.

Au lieu de ces affusions on se borne souvent à faire des applications froides sur la tête. On applique des éponges, des linges mouillés, de la glace. On a recommandé de placer la glace dans l'intérieur d'un bonnet de toile cirée dont on coiffe le malade. On unit ce moyen quelquefois à un bain tiède.

D'autres moyens peuvent encore être mis en usage. Dès la plus haute antiquité on a dit que le dévoiement qui survenait pendant l'aliénation avait une heureuse influence sur cette maladie. On a pensé tout naturellement qu'en provoquant de dévoiement par les purgatifs, on agirait rationnellement. L'ellébore a joui pendant bien longtemps d'une réputation célèbre. On a renoncé aujourd'hui à ce purgatif violent. On les donne de deux manières : on administre tout à coup un purgatif très-fort, ou bien on le donne très-doux de distance en distance. Il n'est pas d'ailleurs facile de faire prendre des remèdes aux aliénés. Pour les tromper on met du calomel sur du beurre, on mêle quelques gouttes d'huile de crotontiglium avec une cuillerée de miel. On a dit que l'on pouvait administrer des purgatifs aux aliénés avec d'autant plus de sécurité qu'ils étaient peu sensibles à cette médication. C'est une erreur, leur muqueuse intestinale est tout aussi sujette aux irritations que chez d'autres individus, elle a seulement un peu plus de tolérance.

Vomitifs. Nuisibles chez beaucoup d'aliénés à cause de la congestion cérébrale que peut déterminer le vomissement. Cependant ils peuveut être utiles dans certains cas de démence.

Exutoire. Effets presque nuls.

Frictions de pommade stibiée. Doivent être employées dans les cas où une éruption cutanée a précédé l'aliénation.

M. Valentin dit qu'un des grands moyens de guérison était le cautère actuel appliqué, soit sur le crâne, soit sur d'autres parties. Ce moyen employé à Bicêtre a déterminé des symptômes très-graves. Appliqué à la nuque ce moyen a eu quelques succès. On a remarqué que toutes les fois que les malades supportaient cette médication sans frayeur ni douleur, il ne produisait aucun effet salutaire, et que lorsque, au contraire, il avait été suivi d'amélioration, les malades avaient manifesté une grande peur et une vive douleur. On peut se demander si l'amélioration n'est pas due dans ces cas à l'émotion éprouvée par les malades.

Il est un certain nombre d'aliénés dont les forces vont toujours en déclinant; il faut alors remonter leur vitalité. M. Esquirol a employé avec de grands avantages les amers, le quinquina par excellence. Les émissions sanguines seraient ici fort mal placées.

On a beaucoup préconisé certains moyens particuliers que l'on a décorés du nom de spécifiques. Le camphre, par exemple, qui a été beaucoup employé est aujourd'hui généralement rejeté. La digitale a été surtout recommandée en Allemagne. Elle agissait, disait-on, en ralentissant la circulation, et ce ralentissement avait une heureuse influence sur le cerveau. On employait cette substance jusqu'à ce qu'on provoquât les symptômes de l'empoisonnement. En France ce moyen a rarement réussi.

L'*opium*. M. Esquirol paraît avoir démontré qu'il est plus nuisible qu'utile. Cependant dans quelques formes de l'aliénation, telles que le *delirium tremens*, il peut avoir son utilité.

Le *mercure*. Un médecin américain a dit qu'il en avait retiré un grand avantage en l'employant jusqu'à la salivation.

Dans les cas où l'aliénation est intermittente, le quinquina a été employé avec succès. On a observé qu'il n'avait pas cependant la même efficacité que dans les autres maladies intermittentes.

Un auteur a proposé une machine rotatoire au centre de laquelle on plaçait le malade et sur laquelle on le faisait tourner. Il devait, disait-on, s'opérer un mouvement centrifuge au moyen duquel les liquides se porteraient du centre à la périphérie.

On doit poser quelques règles générales; faire revenir les menstrues, rappeler les flux hémorroïdaux, etc.

Dans les hallucinations il faut bien s'enqué-

rir si l'organe qui en est le siége est dans un état sain. On a vu des hallucinations céder à l'influence d'un traitement rationnel dirigé sur l'organe. Pour guérir certaines hallucinations de l'ouïe, M. Esquirol a employé avec succès des bourdonnets de coton saupoudrés de potasse caustique en poudre, ou imbibés de laudanum.

L'accident le plus terrible de l'aliénation est la paralysie. Y a-t-il un traitement spécial? Non certes, et jusqu'ici tous les traitements ont échoué. On cite à peine quelques cas de guérison. Parmi ceux-ci on en trouve un bien remarquable inséré dans la thèse inaugurale de M. Fabre. Un homme, âgé de quarante-sept ans, atteint de manie, était en traitement à l'hospice de Bicêtre. Cet individu se casse la jambe, on l'ampute et l'opération est supportée sans manifestation de la moindre douleur. Pendant le mois qui suivit l'opération, il ne se passa rien de remarquable. Un jour on s'aperçut qu'il raisonnait mieux que de coutume; il s'aperçut de l'amputation de sa jambe, quelques mouvements eurent lieu et peu à peu tous les symptômes de la manie disparurent; la guérison eut lieu en quatre mois et il sortit de l'hôpital dans un état intellectuel parfaitement normal.

Sous le point de vue du traitement hygiénique que pourrais-je vous dire que vous ne sachiez déjà? Il faut ramener les malades à vivre dans l'état social ordinaire. Il faut être pour eux rempli d'égards et se bien souvenir qu'ils ont des idées fort nettes du juste et de l'injuste. En même temps il faut être plein de fermeté. On peut user avec eux du grand jeu des honneurs et des récompenses. Parmi tous ces moyens le plus sûr, le plus puissant est l'isolement de leur famille. On doit fournir un aliment à leur imagination par des travaux variés, des exercices gymnastiques, des voyanes quand ils le peuvent, les distraire de leur idée prédominante, frapper leurs sens par des sensations nouvelles. La musique, dont on avait préconisé les effets, n'a pas répondu à ce qu'on en attendait. Dans la plupart des cas elle a aggravé les symptômes. Les jeux scéniques ont eu des résultats très-désavantageux. Pour tout dire il leur faut des impressions douces, modérées. Faut-il proscrire les émotions vives et imprévues? Oui, sans doute. Il ne faut pas caresser leurs idées, ni les heurter brusquement, il y a dans tout cela un milieu à garder. On a vu quelques cas de monomanie caractérisée par l'idée qu'un être surnaturel allait se présenter, être guéris en faisant paraître devant le malade un individu qui se disait l'être surnaturel et qui lui ordonnait de ne plus penser à lui. Il y a quelque temps qu'un individu se présenta à l'hôpital Saint-Louis disant avoir un serpent dans le ventre. M. J. Cloquet ne heurta pas de front l'idée de cet homme, il se procura une couleuvre et ayant fait au malade une légère incision aux téguments il lui fit sortir la couleuvre du ventre. L'individu fut guéri.

3e *Ordre.* — DÉSORDRES D'UNE DES FACULTÉS DE L'INTELLIGENCE.

1o Altérations de la mémoire.

La mémoire peut subir diverses altérations. Elle peut diminuer ou se perdre. La diminution s'appelle *dysmnésie,* la perte *amnésie.* L'amnésie peut être partielle ou totale. Quand elle est partielle la perte peut porter soit sur la mémoire des mots, des personnes, des choses, des lieux. Toutes ces choses peuvent se perdre isolément, il n'est aucune maladie du cerveau qui ne puisse donner lieu à ce phénomène. On le voit survenir surtout après les fièvres graves, les excès vénériens, l'abus des alcooliques, les progrès de l'âge, etc. Il est des cas où elle se perd spontanément sans cause connue. M. Louyer Villermay a cité le cas d'un homme de soixante ans, qui, étant au spectacle, perdit tout à coup la mémoire de son nom, celui de sa rue, celui de sa maison.

La dysmnésie est moins rare que l'amnésie. On a vu la perte de la mémoire des mots commencer par les noms propres, puis venaient les substantifs. Plusieurs écrivent le nom qu'ils ne peuvent plus prononcer. D'autres le cherchent dans les dictionnaires. Il y en a enfin, qui ne peuvent prononcer que les premières syllabes. Une femme, après son accouchement, perdit tout à coup la mémoire sur tout ce qui s'était passé depuis l'époque de son mariage.

Cette affection a un début lent ou rapide. La guérison est aussi lente ou rapide. On a des cas fréquents où cette affection a abouti à la monomanie. Elle est quelquefois le prélude de l'apoplexie.

2o Du *langage.* L'altération de la mémoire entraîne presque toujours l'altération dans le langage; cependant la faculté du langage peut se perdre sans que cette perte soit liée à celle de la mémoire. Cette altération peut exister comme symptôme de certaines affections. Elle peut se montrer comme simple accident sans altération appréciable du cerveau.

On doit considérer les émotions morales comme étant souvent causes de ces altérations. Une femme de vingt-six ans éprouve une vive émotion morale, elle a une syncope prolongée à la suite de laquelle elle éprouve un mutisme complet, la langue cependant avait conservé toute sa mobilité. C'était évidemment le cerveau qui était le point de départ de la maladie. Ce mutisme persista quelques jours pendant lesquels survinrent des vomissements, qu'on ne put arrêter qu'à l'aide du quinquina uni à l'acide sulfurique. Le retour à la parole fut subit. Ce fait a été consigné par M. Guittard dans le tome 61 du *Bulletin de*

la Société de Médecine de la Seine. Un deuxième cas a été observé sur une femme de trente ans, qui présentait des lésions diverses du mouvement, la chorée. Ces lésions alternaient avec un mutisme complet. Plusieurs moyens furent employés sans succès tels que l'oxyde de zinc, le prussiate de fer. On n'obtint des résultats satisfaisants que des frictions sur la colonne vertébrale faites avec de la glace, des bains froids et des affusions froides. M. Martinet a cité le cas d'un homme de cinquante-quatre ans qui à la suite d'une forte contrariété perdit en partie l'usage de la parole. Lorsqu'on l'interrogeait sur certaines choses, il répondait trois ou quatre mots justes et le reste ne se liait plus au sens de la question. Mais, chose remarquable, il l'écrivait avec justesse, mais il ne pouvait pas lire ce qu'il avait écrit.

Il y a des cas où l'altération de la parole est liée à un état morbide des voies digestives. On a vu des enfants pris de mutisme, et être guéris par l'expulsion de vers. Un individu fut pris de mutisme après avoir reçu un coup violent à la région épigastrique.

IIe CLASSE. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CARACTÉRISÉES PAR UNE LÉSION DE LA SENSIBILITÉ.

Les maladies dans lesquelles prédomine la lésion de la sensibilité, doivent être rangées dans plusieurs sections.

PREMIÈRE SECTION

Caractérisée par une exaltation de la sensibilité. — *Hypéresthésie* (de αἴσθησις, sens).

DEUXIÈME SECTION

Caractérisée par la diminution ou l'abolition de la sensibilité. — *Anesthésie.*

TROISIÈME SECTION

En même temps qu'en général la sensibilité ordinaire diminue ou s'éteint, en même temps que les sensations s'éteignent, en même temps que les sens ne transmettent plus au cerveau des impressions, naissent des rapports insolites avec le monde extérieur. — *Anesthésie extatique.*

QUATRIÈME SECTION

Caractérisée par la perversion de la sensibilité.

CINQUIÈME SECTION

Caractérisée par la douleur.

—

PREMIÈRE SECTION.

Hypéresthésie, ou exaltation de la sensibilité.

Il faut dans cette classe distinguer *deux Ordres*.

Ier. Exaltation de la sensibilité des organes de la vie animale.

IIe. Exaltation de la sensibilité au sein des organes de la vie de nutrition.

Ier *Ordre.* — EXALTATION DE SENSIBILITÉ DE LA VIE ANIMALE.

Dans cet ordre il faut distinguer deux grands genres.

Ier *Genre.* Hypéresthésie partielle. — Dans ce genre plusieurs *espèces.*

1re Espèce. — Exaltation de la sensibilité de la vue, caractérisée surtout parce que les individus qui en sont atteints ne peuvent pas supporter une lumière vive. Dans ces circonstances l'exercice de la vue peut s'exécuter avec très-peu de lumière. Cette affection est souvent produite par un séjour prolongé dans un lieu obscur.

2e Espèce. — Exaltation de la sensibilité de l'ouïe, caractérisée par l'intolérance à supporter le moindre bruit.

3e Espèce. — Exaltation de la sensibilité de l'odorat. Il se présente ici des cas singuliers. On voit des individus qui perçoivent des odeurs, des miasmes, dont rien au monde ne révélait l'existence, et qui ne sont perceptibles que pour eux. Ces cas sont spécialement offerts par les femmes nerveuses. On en a vu qui distinguaient à l'odorat un individu d'un autre. Il est bien reconnu que certaines personnes ont l'odorat si fin, qu'elles ne peuvent supporter l'odeur de certains animaux, sans un trouble du système nerveux.

4e Espèce. — Hypéresthésie du goût. Nous n'avons rien de spécial à en dire.

5e Espèce. — Hypéresthésie du tact. — La sensibilité de la peau peut être exagérée complétement ou partiellement. Il y a des cas où la sensibilité cutanée de la moitié du corps est exagérée lorsque l'autre moitié est à l'état normal ou affaiblie. M. Martinet en a cité un exemple remarquable dans le tome II du *Journal des progrès*. Dans cette hypéresthésie, une simple pression sur la peau détermine des chatouillements dangereux. Cette affection peut se prolonger longtemps. On doit, dans quelques circonstances le regarder comme le prodrôme d'une affection grave du cerveau. Dans quelques cas, elle a débuté brusquement; ordinairement elle survient par degrés.

2e *Genre.* Hypéresthésie générale.—Figurez-vous un individu dont tous les organes des sens sont le siége d'une sensibilité exaltée, vous aurez l'idée de cette affection. C'est un état très-pénible lorsqu'il est poussé à un degré élevé; il est heureusement rare. Il impose à ceux qui en sont atteints la condition de vivre dans un isolement complet et dans l'éloignement de tout ce qui peut frapper la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher. Les malades disent qu'ils sentent leurs nerfs, qu'ils sont nerveux, qu'ils sont agacés. Cet état physique exerce une influence sur l'état moral de l'individu. Il a une irascibilité et une susceptibilité très-

grandes. Il pleure sans motif, et dit être en proie à une souffrance dont il ne peut se rendre compte. Toutes les sensations ordinaires lui deviennent pénibles, et ces sensations qui font la jouissance de la vie, deviennent pour lui une source de tourments. On a observé que les individus qui présentent cet état ont une conscience singulière des variations atmosphériques les plus légères. Ils sont avertis avec une rigueur mathématique du moindre changement dans les vents, de l'état hygrométrique et électrique de l'atmosphère. Ce phénomène ne peut pas être regardé comme une prévision des malades, mais bien comme une appréciation d'influences non perceptibles pour une sensibilité ordinaire. Ces cas peuvent être rapprochés des phénomènes purement instinctifs qu'on voit dans la série animale; ils peuvent l'être aussi de ceux où les individus ont paru être devins ou prophètes, lorsqu'ils n'éprouvaient réellement que des phénomènes physiques, et tout cela rentre naturellement dans le domaine de la science dont on l'avait expulsé faute d'explication.

Sous le rapport des *causes* de cette hypéresthésie générale ou partielle, elles sont bien différentes les unes des autres.

Nous voyons cette affection survenir à la suite d'une excitation prolongée du système nerveux, telle qu'un travail intellectuel opiniâtre, les veilles, les excès, les grandes passions. Nous la voyons survenir par une cause tout opposée : un défaut d'excitation du système nerveux, la privation d'un excitant habituel, tel que le tabac, le café, etc. Les individus que l'on soumet à une diète trop prolongée dans la convalescence, peuvent être pris de ces phénomènes.

Enfin il est des cas où le point de départ de cette affection est, non plus dans le cerveau, mais dans l'imperfection avec laquelle s'exécutent les fonctions de la vie de nutrition. La cause la plus fréquente de toutes est l'accomplissement vicieux ou imparfait de l'hématose. Il y a un rapport bien remarquable entre l'hématose et le système nerveux. On devrait penser *à priori* que plus l'hématose est facile, que plus le système nerveux reçoit des molécules riches en principes nutritifs, plus aussi il devrait être excité. Il n'en est pas ainsi, car c'est la proposition inverse qui est vraie. Il est évident alors que les maladies longues et chroniques sont cause de cette affection.

Si les causes sont diverses, il doit en être de même du traitement. Si l'hypéresthésie est due à une excitation du système nerveux, la première indication à remplir est l'éloignement des causes qui l'ont provoquée; on emploiera en même temps les bains tièdes, les boissons rafraîchissantes.

Si c'est par défaut d'excitation, il faut d'abord éviter d'affaiblir le malade. S'il est une observation bien constatée en pathologie, c'est que dans les hypéresthésies par défaut d'excitation, le régime tempérant et débilitant ne fait qu'accroître les symptômes. Un régime trop doux détermine chez ces malades une sensibilité singulière, soit à la conjonctive, soit à la langue sans qu'il se manifeste ni rougeur, ni gonflement, ni turgescence. Si l'on ménage cette sensibilité, il arrive un moment où rien ne peut plus être supporté, tandis que, en se roidissant contre elle, on parvient à l'éteindre peu à peu. Est-ce à dire qu'il faille exciter les malades? Non, certes. Il faut à ces malades une thérapeutique particulière : on agit sur la peau par des frictions sèches, douces d'abord, puis en augmentant de force; des bains frais ou froids. On a retiré de grands avantages des bains de mer. On a recommandé un air vif, l'insolation, l'exercice du système musculaire. On agit directement sur le sang par une nourriture substantielle, non excitante; on ne tient pas longtemps les malades aux viandes blanches. Abstinence complète de thé, de café, liqueurs; usage modéré d'un vin généreux. Les préparations ferrugineuses sont d'un très-grand secours. Un médicament dont on a retiré de grands avantages, et qui agit directement sur le système nerveux est la quinine, dont on continue longtemps l'usage. Si l'estomac donne quelques signes d'irritation, employez la thridace. Quelquefois on voit ces maux de nerfs céder comme par enchantement à une cuillerée d'eau de fleur d'oranger ou à quelques gouttes d'éther.

Les narcotiques sont plus nuisibles qu'utiles. Le traitement de ces affections est souvent rendu difficile par le trouble des voies digestives. Il ne faut cependant pas s'abuser sur les douleurs que ces malades ressentent dans le canal intestinal : ces douleurs sont ordinairement nerveuses.

2e *Ordre.* — EXALTATION, OU PLUTOT PRODUCTION DE LA SENSIBILITÉ AU SEIN DES ORGANES DE LA VIE DE NUTRITION.

Il est certains individus qui sentent avec force les battements du cœur, quoique ces battements se fassent normalement. On en voit qui sentent leur sang circuler, d'autres leur digestion se faire, etc., etc. Nous avons caractérisé cet état à l'article *Hypocondrie*, et nous renvoyons à ce chapitre.

DEUXIÈME SECTION.

Anesthésie. — Diminution ou abolition de la sensibilité.

Il y a ici trois ordres à établir.

1er *Ordre.* — Diminution ou abolition de la sensibilité cutanée.

2e *Ordre.* — Perte de la sensibilité d'un, de plusieurs ou de tous les organes des sens.

3e *Ordre.*— Perte complète de la sensibilité.

Ces différentes pertes de la sensibilité peuvent exister isolément. Mais il est vrai de dire que l'un de ces ordres peut fréquemment se transformer en un autre.

Quel que soit son siége, elle peut être idiopathique ou symptomatique. Il n'en faut pas moins reconnaître pour cela que dans tous les cas elle doit être rapportée à une lésion, soit des centres nerveux, soit des cordons nerveux, lésion qui peut n'être pas appréciable.

L'indépendance d'existence de cette anesthésie prouve l'indépendance de la faculté de se mouvoir et de sentir. On voit quelquefois ces deux puissances de décomposer sur un côté du corps, ainsi on a vu la sensibilité se perdre d'un côté et la motilité de l'autre et *vice versâ*. Pourra-t-on reconnaître si la lésion a un siége commun? On l'a dit, et Charles Bell et M. Magendie ont fait des expériences pour le prouver. Ici il faut redire ce que je disais à l'égard des facultés intellectuelles. C'est que s'il y a indépendance réelle dans la fonction, l'existence de parties spéciales n'est pas rigoureusement démontrée. Cependant dans la question qui nous occupe, quelques faits tendent à prouver l'existence des parties spéciales. Dans les altérations du mouvement les cordons antérieurs de la moelle ont été trouvés lésés, c'étaient au contraire les cordons postérieurs dans les lésions de la sensibilité. Dans cette maladie qu'on appelle mal de Pott, il arrive fréquemment qu'avant que les mouvements soient lésés c'est la sensibilité qui commence à l'être : or, remarquez que l'altération pathologique dans cette maladie existe dans les parois osseuses postérieures. L'anesthésie survient souvent après des causes directes sur les cordons nerveux. Voici un cas où l'anatomie pathologique prouve l'altération de ces cordons nerveux. Un homme conduisait un cheval par la bride serrée autour de son poignet. Le cheval fait un grand effort en arrière et le poignet se trouve dilacéré, contusé, déchiré. La sensibilité de la main fut perdue : le nerf médian fut trouvé lésé, remarquablement élargi comme un ruban, et avait contracté des adhérences intimes avec les tendons au moyen de son névrilemme. Les nerfs qui se distribuent aux doigts étaient changés de texture et ressemblaient à des ganglions. Dans un autre cas observé par moi sur un individu dont une des mains était insensible, je trouvai le nerf médian altéré, atrophié dans un point, comme ganglioniforme dans d'autres.

Voilà, je crois, les seuls faits que possède la science. Ils constituent autant de pierres d'attente pour faire l'anatomie pathologique des nerfs.

Ier *Ordre.* — ANESTHÉSIE DE LA PEAU.

Elle est générale ou partielle.

Dans l'anesthésie partielle tout un côté du corps peut être frappé d'anesthésie et de l'autre côté la sensibilité être normale ou exaltée. Elle peut se montrer sans aucun autre symptôme des centres nerveux. Nous avons eu occasion de voir un jeune homme qui depuis plusieurs années présente une diminution de la sensibilité d'un côté du corps. Il y a des cas où cette anesthésie est bornée à un seul point. Nous avons vu à la Pitié une femme qui est souvent prise d'insensibilité aux dix doigts des mains, cette insensibilité se termine à l'articulation des phalanges avec les métatarsiens. Dans le *Recueil de la Société médicale de Paris*, on trouve le cas d'une femme de cinquante-six ans, qui présentait une insensibilité absolue des deux mains et des deux pieds. Il n'y avait nulle trace d'altération des centres nerveux. Cette insensibilité se déclara brusquement après avoir dormi au soleil; la peau s'était couverte auparavant d'une éruption phlicténoïde. Cette insensibilité était telle qu'elle se brûla plusieurs fois les orteils sans rien sentir. On a cité un autre cas où l'anesthésie envahissait les deux avant-bras et les deux jambes jusqu'aux coudes et aux genoux. On en a vu qui étaient bornées à la face, dans d'autres cas elle paraissait à la conjonctive. On la produit chez les animaux en coupant la cinquième paire.

Voici des cas plus singuliers et qui doivent mettre en défaut toutes les théories. On a vu des individus frappés d'anesthésie disséminée; c'étaient des ronds, des cercles insensibles. Quelle est alors la lésion?

Tout cela peut exister aussi avec des altérations, des cancers, etc.; mais dans beaucoup de cas, il n'y a absolument rien.

Cette anesthésie peut présenter plusieurs degrés; elle peut être complète ou incomplète. Quand elle est complète, on peut brûler les malades, leur jeter de l'eau bouillante, on voit un phlegmon se développer sans douleur. On a vu un cas dans lequel un individu se fractura le bras sans s'en douter. Il y avait dix-huit ans que le membre était insensible.

Durée. Tantôt elle n'existe que quelques heures, quelques jours, c'est tantôt pendant plusieurs mois, plusieurs années, toujours. On l'a vue disparaître et se montrer de nouveau. On l'a vue survenir à des individus à la moindre impression de froid. Elle est quelquefois mobile, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. L'invasion peut être subite ou lente, elle peut avoir un accroissement progressif. Au tome 20e des *Archives générales de médecine*, on trouve cité le cas d'un homme qui

longtemps après avoir fait une chute dans laquelle il se fractura une côte, s'aperçut un jour d'une insensibilité à la hanche. Bientôt cette insensibilité gagna tout un côté du membre abdominal, puis s'étendit aux deux, envahit ensuite le tronc et les membres thoraciques, enfin toute la périphérie cutanée.

Y a-t-il des circonstances qui précèdent l'anesthésie? dans un très-grand nombre de cas il faut reconnaître qu'il n'y en a aucune appréciable. D'autres fois il y en a qui paraissent avoir une influence sur la production de cette affection. On a vu l'insensibilité commencer autour d'une cicatrice plus ou moins ancienne et envahir ainsi toute la périphérie du corps; d'autres fois sur certains points de la peau précédemment irrités. J'ai vu des individus se plaindre que la peau sur laquelle avait existé un vésicatoire avait perdu de sa sensibilité. Mais dans d'autres cas, au contraire, elle s'exalte. J'ai vu un individu frappé d'un érysipèle intense de la face, du cuir chevelu, de l'épaule et de la partie supérieure du dos qui, après sa guérison, éprouva une insensibilité à la peau de toutes ces parties, qui dura un certain temps. Les lésions des centres nerveux ou des cordons nerveux ont certainement une influence manifeste sur cette maladie. Un militaire reçut une balle dans le flanc gauche qui sortit tout près de la première vertèbre lombaire. Peu de temps après, la peau qui avoisinait la cicatrice commença à perdre sa sensibilité, et, chose remarquable, toutes les fois que la cicatrice se fermait, l'insensibilité augmentait. Dans d'autres circonstances on a vu des individus dont la peau devenait insensible après une forte émotion morale. Dans cette maladie bizarre, singulière, l'hystérie, c'est l'affection qu'on remarque. Mais là elle est variable, tantôt ici, tantôt là. Je ne sais plus où placer un cas rapporté par P. Franck où une femme, après un accouchement et sans aucun symptôme cérébral, perdit le toucher, l'odorat et le goût, les autres sens restant intacts. Divers désordres fonctionnels des centres nerveux portant, soit sur la sensibilité, soit sur le mouvement, peuvent coïncider avec cette affection. Un phénomène singulier quelquefois observé, c'est la disparition complète de la conscience du moi. Ils ne sentent plus qu'ils sentent, les malades ne croient plus à leur existence. Ainsi fut quelque temps avant sa mort le célèbre Baudelocque, qui se croyait mort.

2e *Ordre.* — ANESTHÉSIE DES SENS.

Nous en parlerons à l'histoire des maladies des cordons nerveux eux-mêmes.

3e *Ordre.* — ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

Elle est plus rare que les autres; son histoire rentre dans celle de l'anesthésie cutanée. Elle peut arriver subitement ou graduellement. Un individu, après un excès de plaisirs vénériens, éprouva une amaurose, puis il devint sourd, peu à peu toute la peau devint insensible, si ce n'est un point très-circonscrit d'une des joues. Il ne voyait plus, n'avait plus aucune relation avec le monde extérieur, si ce n'est par le petit point d'une des joues resté sensible, sur lequel il faisait dessiner les mots qui arrivaient ainsi au cerveau; les mouvements se perdirent aussi, il resta dans une immobilité complète et succomba enfin aux escarres qui se formèrent par son séjour dans le lit. Cette affection est ordinairement passagère.

Traitement. Il faut toujours remonter à la cause. Lorsque ces causes ne sont pas appréciables, que rien n'indique qu'il y ait quelque chose à faire du côté des centres nerveux, il ne faut pas pour cela les perdre de vue, le traitement doit toujours être dirigé vers eux. Sur les parties lésées, c'est par un traitement excitant qu'il faut agir. Ventouses, scarifications, vésicatoires, cautères, douches sulfureuses, décharges électriques, etc.

TROISIÈME SECTION.

Anesthésie extatique (1).

QUATRIÈME SECTION.

Perversion de la sensibilité.

Nous avons étudié précédemment l'exaltation et la diminution de la sensibilité; nous allons maintenant nous occuper de la perversion de la sensibilité.

Le *tact.* Il peut exister une perversion de la sensibilité du tact ou du toucher. On voit des individus qui, lorsqu'ils palpent, se trompent sur la forme, le volume, la consistance et le poids des objets. Ces individus sentent autrement que le commun des hommes. On en voit d'autres qui se trompent constamment sur la température des corps.

Le *goût* est quelquefois singulièrement perverti. Il y a des individus qui ont des goûts entièrement dépravés. Cette perversion du goût constitue la maladie connue sous le nom de *pica* (Voy. page 20). On a cité l'exemple d'hommes qui étaient poussés à manger des matières fécales.

L'*odorat.* On voit des femmes hystériques chez lesquelles c'est un véritable plaisir de sentir l'assa-fœtida. Il y a maintenant des cas où la perversion porte spécialement sur certains instincts qui nous portent à appéter des aliments, des liquides, etc. Ainsi, dans quel-

(1) M. Andral avait exposé sous ce titre, dans les cours précédents, les phénomènes du magnétisme animal. Dans le cours de cette année, il a reporté ce chapitre dans la sixième classe des névroses. C'est là que nous le placerons aussi, pour être fidèle au plan du professeur. A. L.

ques cas il arrive que cet instinct est tellement perverti, qu'il y a horreur des liquides. Il en résulte une maladie que l'on a désignée sous le nom général de *hydrophobie.*

HYDROPHOBIE.

Cette hydrophobie peut être spontanée. Elle peut constituer à elle seule une maladie; dans ce cas c'est un simple phénomène nerveux. D'autres fois c'est le symptôme d'une maladie qui a son siége dans les centres nerveux. Ainsi on voit quelquefois l'hystérie se compliquer d'hydrophobie. Dans les fièvres graves où prédominent les symptômes ataxiques, on voit se manifester l'hydrophobie. L'inflammation de l'œsophage, du pharynx, s'est accompagnée plusieurs fois de ce symptôme. C'est alors un des signes par lesquels peut se traduire cette inflammation. On l'a observée deux fois dans le service du docteur Rochter, à Varsovie, avec le choléra. Si l'hydrophobie se prolonge longtemps, elle constitue une maladie grave.

Il y a maintenant une autre espèce d'hydrophobie bien autrement grave, qui apparaît comme symptôme consécutif d'une maladie terrible nommée *rage*. Il n'est donc pas régulier d'appeler hydrophobie l'ensemble des symptômes qui constituent la rage.

DE LA RAGE.

Cette maladie, chez l'homme, ne se développe jamais spontanément; quoi qu'en aient dit un petit nombre d'auteurs, elle ne se manifeste chez lui que par contagion, mais elle peut se développer spontanément dans deux genres d'animaux : le genre *chien* et le genre *chat*.

L'observation a prouvé qu'à mesure que le virus rabique se transmettait d'un animal à un autre, il perdait de sa force. Les Allemands pensent qu'un homme peut transmettre la rage à un autre homme. On avait longtemps pensé qu'elle était le résultat de l'imagination; mais il y a des faits nombreux qui prouvent que des individus mordus par des animaux enragés, sans le savoir, ont contracté la rage. Ceci a été surtout observé chez les enfants qui n'avaient eu aucune frayeur. Le moyen de transmission de la maladie paraît être la salive qui découle de la gueule de l'animal. On a injecté le sang d'animaux enragés dans le corps d'autres animaux, et la rage n'est point survenue. Il y a un fait qui semble prouver que la rage peut être transmise autrement. Ainsi on a cité le fait d'un individu, qui fut pris de la rage pour avoir touché la peau d'un animal mort enragé; mais ce fait est unique, et il y en a des milliers qui sont contraires. Il y a quelques années, en disséquant, une esquille s'enfonça dans un de mes doigts; l'animal que je disséquais était mort enragé; il ne survint aucun accident.

Le plus grand nombre des faits prouve que pour que la rage se produise, il faut que la salive ait été déposée sur le derme, tandis que la maladie n'a point lieu lorsque la salive est déposée sur l'épiderme. Les membranes muqueuses paraissent jouir de la même propriété que le derme. Chaussier a rapporté l'histoire d'un individu qui ayant porté à son nez son mouchoir imprégné de bave, contracta la rage.

Ce virus introduit dans l'économie, que devient-il? Il peut longtemps rester stationnaire, et la plaie même se cicatriser; mais plus ou moins tard la terrible maladie éclate.

Il y a plusieurs années, le docteur Marochetti prétendit que la rage se manifestait par des pustules qui apparaissent sous la langue, cinq ou neuf jours après la morsure de l'animal (Pustules rabiques). Il conseillait de les cautériser. Les recherches faites en France n'ont point confirmé l'opinion du docteur Marochetti.

Le temps qui s'écoule depuis le moment de l'introduction jusqu'à l'apparition de la maladie peut être très-long ou très-court; mais le plus ordinairement la rage éclate du trentième au quarantième jour. Il y a quelques cas d'hydrophobie qui ne se sont manifestés que quatre à cinq mois après l'accident. On cite même un exemple de deux ans après.

Symptômes qui annoncent la rage.

Prodrômes. — Soit sans cause connue, soit après une émotion vive, un excès, en un mot, après une cause occasionnelle excitante, les individus, dont la santé avait été bonne jusqu'alors, éprouvent des malaises; souvent la cicatrice se rouvre. M. Ménière a cité plusieurs cas où la plaie ne s'est point rouverte. Soit que la plaie se rouvre ou non, soit qu'il s'y manifeste de la douleur ou qu'il ne s'en manifeste pas, le malade est tourmenté d'idées tristes. Il ressent un malaise indéfinissable; il a des horripilations, des douleurs le long du dos, dans les membres; le sommeil est difficile, et si parfois il se manifeste, il est bientôt interrompu par des frayeurs. La céphalalgie se déclare; il y a anorexie.

Jusque-là il n'y a rien de spécial. Ces prodrômes durent plus ou moins de temps, le plus ordinairement vingt-quatre heures; puis apparaissent brusquement les symptômes caractéristiques. Le malade éprouve une suffocation violente, comme un homme auquel on passerait un lacet autour du cou; en même temps que l'air semble manquer, la déglutition devient presque impossible. On voit ensuite apparaître des mouvements convulsifs, à la face surtout. Il y a refroidissement des membres. Un phénomène fort remarquable est l'horreur que les malades éprouvent pour les boissons. Leur présente-t-on des liquides, ils

les rejettent avec horreur. Les glandes de la bouche augmentent leur travail de sécrétion, et alors la bave coule de la bouche des malades. La face se colore, les yeux s'injectent, la soif devient ardente, le pouls est plein et fort. Ils ne peuvent voir des objets brillants.

Au milieu de ces phénomènes constants et caractéristiques, apparaissent des phénomènes variables qui portent sur l'intelligence et la force musculaire.

1° Intelligence. — D'abord il y a des cas où l'intelligence se conserve. Calme et tranquille, l'individu sent son danger; il pleure, a des accès de tristesse, déplore son état, etc. Un deuxième cas est celui où l'intelligence est intacte au début; mais à mesure que les accès augmentent, elle se trouble. Un troisième cas est celui où, dès le début, l'intelligence se trouble; les individus tombent dans un état complet de délire. Les manifestations de ce délire ne sont pas les mêmes dans les diverses classes d'animaux; ainsi le chien éprouvera le besoin de mordre, tandis que l'homme annonce sa fureur par d'autres actes.

2° Force musculaire. — Elle est d'abord excitée, mais elle diminue avec les progrès du mal. Les sens sont quelquefois altérés. M. Magendie a vu un individu, sourd de naissance, qui entendait très-bien pendant les accès de rage.

Organes quelconques. On a observé la nymphomanie, le satyriasis.

Une fois développée, cette maladie est constituée par un certain nombre d'accès semblables à ceux que nous venons de décrire. Dans les intervalles des accès, les malades tombent souvent dans un état de prostration. Ils peuvent quelquefois boire, mais cette disposition est rare. Les forces s'épuisent avec les accès. Dans le dernier, ils se couvrent souvent d'une sueur froide, visqueuse. Ils meurent au milieu de ces accès, tantôt épuisés, tantôt en déployant des forces considérables. Il en est qui expirent au milieu des suffocations dont nous avons parlé.

La durée de cette maladie n'est pas invariable. Il y a des individus qui succombent après vingt-quatre heures; d'autres, six ou sept jours après l'invasion. La durée commune est de cinquante à soixante heures. Dans cette maladie, les accès, d'abord éloignés, se rapprochent de plus en plus.

Jusqu'à ce moment, les phénomènes, que nous avons étudiés, nous ont annoncé un véritable empoisonnement. Il est d'ailleurs évident que c'est une affection du système nerveux.

Les ouvertures des corps n'ont rien offert de constant. En effet, on a trouvé une injection plus ou moins vive des membranes de la pulpe nerveuse, des ramollissements du cerveau, du cervelet, de la moelle; mais ces altérations se retrouvent dans beaucoup d'autres maladies. Voyons maintenant si les cordons nerveux ont offert quelques désordres. On lit dans le *Journal universel des Sciences médicales*, 1827, l'observation d'un médecin anglais, qui dit que chez un individu mort dans la rage, il a vu une rougeur du nerf pneumo-gastrique et des cinquième, sixième et septième paires cervicales. Il ajoute qu'ils ressemblaient dans plusieurs filets à des fibres musculaires. Plusieurs observateurs ont cherché à constater ce fait, mais ils n'ont pu y réussir.

Les organes de la vie de nutrition ont-ils présenté quelque altération? Oui; mais ces phénomènes ne peuvent rendre compte du mal. En effet, on a trouvé de la rougeur, une tuméfaction des glandes salivaires, une injection des muqueuses. Une fois, l'épithélium de l'œsophage était érodé. On a trouvé des injections, des rougeurs de l'estomac, un développement remarquable des follicules de l'intestin. C'est une chose curieuse que ce développement des follicules dans les maladies éruptives, dans le choléra, les affections typhoïdes. Aussi on serait porté à le considérer plutôt comme un effet que comme une cause de ces graves maladies.

Respiration. — On a trouvé les canaux respirateurs pleins d'écume. Quelquefois les poumons étaient engoués. La circulation n'a rien offert de particulier. Le sang, quoi qu'on en ait dit, n'a rien présenté de constant. On avait dit que les cadavres des individus morts de la rage se putréfiaient rapidement. M. Ménière a noté avec soin les degrés de putréfaction, et il n'a pas vu que ce phénomène arrivât plus rapidement que dans les circonstances ordinaires.

Traitement. Celui qui a présenté le moins d'insuccès est, jusqu'à présent, la cautérisation de la plaie par le cautère actuel ou par le beurre d'antimoine, selon le degré de profondeur et le lieu de la plaie. Avant de pratiquer la cautérisation, il est nécessaire d'agrandir la plaie, de la laver à grande eau, de la faire saigner, et pour cela on se trouve très-bien d'appliquer des ventouses. Il faut avoir recours à la cautérisation, à quelque époque que l'on soit appelé, pourvu que les accidents ne se soient pas développés, et même encore, dans ce cas, il faut y avoir recours pour calmer l'imagination du malade. Quelques médecins recommandent de faire des frictions d'onguent napolitain autour du mal. Il en est qui donnent 20 à 30 gouttes d'ammoniaque liquide dans une potion de quatre onces. A côté de ces moyens, je pourrais vous en citer beaucoup d'autres; mais comme leur inutilité est constatée je le passerai sous silence. Il n'est cependant pas absurde de re-

chercher un spécifique contre une maladie produite par une cause spécifique.

Une fois la rage déclarée, que faire? Peu de chose assurément. On a cependant préconisé un grand nombre de remèdes. Quelques médecins ont vanté la saignée jusqu'à la défaillance. Les accidents ont paru diminuer, mais la rage n'a point été guérie. M. Magendie a injecté de l'eau dans les veines : l'individu a paru calmé; mais bientôt les accidents ont recommencé, et le malade a péri. Mais il faut constater qu'une injection d'une certaine quantité d'eau dans les veines a calmé le système nerveux. Dupuytren avait associé, il y a quelques années, l'opium à l'eau; mais les malades n'ont pas été guéris.

CINQUIÈME SECTION.

Lésion de la sensibilité, caractérisée par la douleur.

Il est des circonstances où cette douleur est la seule maladie, elle peut avoir deux siéges: elle réside dans un tronc nerveux et suit les principales ramifications; elle n'a point de siége précis, elle est vague dans les différentes parties du corps.

Le premier cas constitue les névralgies : nous en parlerons plus tard.

Deuxième cas. La douleur constituant à elle seule une maladie, peut être étudiée dans chaque partie du corps, mais nous ne nous occuperons ici que des douleurs de la tête, du tronc et des membres.

A la *tête*, elle porte le nom de la *céphalalgie* nerveuse. Elle peut être générale ou partielle. Il arrive assez souvent qne dans ce dernier cas la douleur est bornée à un seul côté de la tête, c'est l'*hémicrânie*. On doit encore admettre une céphalalgie idiopathique et une symptomatique. La première est essentiellement nerveuse; elle doit être combattue par les narcotiques internes et externes. Il y a des cas où cette céphalalgie idiopathique dépend de certaines conditions dans lesquelles se trouve placé le système sanguin. Ainsi, il y a des céphalalgies pléthoriques; celles-ci seront combattues par des émissions sanguines; l'on peut encore avoir recours aux purgatifs à cause de la sérosité qu'ils enlèvent à la circulation. La céphalalgie peut être symptomatique, elle dépend alors de la lésion d'autres organes. Souvent elle est liée à une inflammation des membranes muqueuses. On l'observe fréquemment dans la gastrite; en guérissant la gastrite, on guérit la céphalalgie. Il y a des cas où la maladie de l'estomac n'est plus une inflammation, c'est un embarras gastrique, une sécrétion de mucosité. Il suffit alors de 2 grains d'émétique pour guérir le mal de tête.

Il y a maintenant une céphalalgie qui doit être bien distinguée rélativement à la marche. C'est la *céphalalgie intermittente*. On s'est bien trouvé dans ces cas de l'emploi du sulfate de quinine. Cette céphalalgie nous offre à décrire deux variétés importantes, la *migraine* et le *clou hystérique*.

DE LA MIGRAINE.

La migraine doit être définie une douleur vive occupant le plus ordinairement la moitié de la tête, principalement le front, l'œil et la tempe. Elle est remarquable en ce qu'elle se dissipe et revient d'une manière périodique avec les mêmes symptômes.

Les *causes* sous l'influence desquelles elle se développe sont réellement inconnues. Recherchera-t-on si elle se développe plutôt dans une saison que dans une autre? mais on ne possède point de détails statistiques sur cet objet. Les conditions atmosphériques jouent un rôle secondaire; tout ce qui ébranle plus ou moins fortement le système nerveux reproduit la migraine. Les conditions dans lesquelles se trouvent placés les organes peuvent se rallier à la migraine.

Cette névrose a été observée à tous les âges. On l'a vue chez des enfants de 7 à 8 ans, qui en sont restés atteints un certain nombre d'années. Elle commence ordinairement à 14, 17, 20 ans; elle va en augmentant jusqu'à 30, 35 ans. Souvent elle a une grande intensité à 40, 45, 50, 60 ans. A cette époque elle disparaît souvent, mais pas toujours, car on a vu quelquefois les douleurs augmenter à 60 ans. Lorsqu'on n'en a point été atteint avant 25 ans, on a des chances de ne pas l'avoir.

La migraine est une des maladies qui peuvent se transmettre par hérédité.

La migraine est caractérisée par des accès séparés, par des intervalles dans lesquels la santé est bonne, ce qui la distingue de certaines autres maladies du cerveau. Les accès de la migraine peuvent avoir un prodrôme. Quelquefois cependant l'accès débute brusquement; lorsque les prodrômes existent, deux séries de phénomènes se présentent du côté du système nerveux et du côté de l'estomac.

1° Du côté du système nerveux. Les phénomènes de ce genre ne sont pas toujours les mêmes. Ainsi, il est des individus qui, dès le début, sont sujets à des idées tristes, sont mélancoliques; d'autres éprouvent des frissons, des horripilations; assez souvent, avant l'invasion de l'accès, la vue se trouble, quelquefois il y a des éblouissements; les éblouissements peuvent durer jusqu'à l'accès; chez d'autres il y a un nuage sur les yeux pendant l'accès. Tissot a cité le cas d'un individu qui devenait sourd 24 heures avant l'accès. Quelquefois il existe des aberrations sur l'odorat qui est excité ou anéanti; on a cité le cas d'un individu qui, pendant les 7 ou 8 heures qui précédaient l'accès, éprouvait de l'horreur pour le tabac qu'il aimait beaucoup.

2° Du côté de l'estomac. Quelques individus sont tourmentés par le besoin continuel de manger; plusieurs ont des rapports continuels; à ces rapports brûlants se joignent des vomissements d'une matière acide.

Symptômes de l'accès.

Le premier symptôme caractéristique est la douleur. Cette douleur revient le plus ordinairement du même côté. On a cependant cité le cas d'une femme chez laquelle un accès avait lieu d'un côté et le second accès de l'autre côté; quelquefois la douleur s'étend aux deux côtés. Mais il est d'observation qu'elle est plus violente dans un point. Étudiée sous le rapport de son intensité, la douleur peut atteindre rapidement son plus haut degré d'intensité, quelquefois elle n'y arrive que graduellement; elle persiste pendant quelques heures avec énergie, puis elle décline. Pendant l'intensité les malades ont besoin du plus grand repos; ils cherchent la solitude; le moindre bruit, celui même d'une montre les agite. Cette douleur augmente par le plus simple attouchement du front, des cheveux, des paupières, des tempes. Elle ne reste pas toujours bornée à la même partie; quelques malades ne peuvent ouvrir la bouche, d'autres éprouvent une vive douleur au fond de l'œil; quelquefois la douleur commence par le fond de l'orbite et sort de là pour aller gagner le front et d'autres parties. Dans quelques circonstances, la douleur s'étend jusque vers la nuque et s'irradie dans les épaules et dans les bras. Dans la plupart des cas, l'exercice augmente la douleur.

Il y a cependant quelques cas où elle a été abrégée par l'exercice pris en voiture, mais ces faits sont rares. On a vu dans un cas la voiture guérir la migraine en provoquant le vomissement: je connais une dame qui guérit sa migraine aussitôt qu'elle vomit.

Cinq séries doivent être établies dans l'étude des symptômes: 1re *Série*. Symptômes du côté du système nerveux. 2e *Série*. Symptômes du côté de l'estomac. 3e *Série*. Symptômes du côté de la grande circulation. 4e *Série*. Symptômes du côté de la circulation capillaire. 5e *Série*. Symptômes du côté des sécrétions.

Reprenons maintenant ces différentes séries.

1re *Série*. Phénomènes nerveux. Il est très-rare d'observer le trouble de l'intelligence: quelques individus ont des convulsions souvent bornées aux muscles de la région malade. On a rapporté des faits où la contraction était tellement forte que les sutures étaient écartées, mais ces faits n'ont pas été observés récemment; quelquefois les mouvements convulsifs s'étendent aux parties voisines et même à tout le corps; souvent alors, c'est plutôt un véritable frémissement que des convulsions. On a observé quelques cas où les parois abdominales étaient le siége de contractions très-douloureuses.

Quelques individus se plaignent d'un sentiment de fourmillement très-incommode: chez quelques-uns ce sentiment commence par les doigts, gagne le tronc et le cou; on l'a vu suivre un côté de la langue. Cette sensation est quelquefois comparable à celle qui est déterminée par le contact de deux plaques métalliques de nature différente. La vision est souvent troublée; les objets paraissent tantôt noirs, bruns, troubles, tantôt lumineux; il peut y avoir mille autres aberrations de la vue. Ainsi, il est des personnes qui ne voient que la moitié des objets; quelques-unes éprouvent la sensation propre aux personnes auxquelles on a appliqué de la belladone sur l'œil. A la fin de l'accès les forces sont généralement brisées, et l'individu est dans un état d'accablement.

2e *Série*. Symptômes portant sur l'estomac. Ils sont caractérisés par les vomissements: ceux-ci peuvent se montrer tantôt au début, tantôt au milieu, tantôt à la fin. Ils sont souvent accompagnés de soulagement, ils peuvent manquer. Le point de départ de la maladie est dans l'affection nerveuse; aussi est-il à noter que l'estomac est fréquemment sain.

3e *Série*. Portant sur le système circulatoire. Le pouls est en général plus développé, plus fréquent; mais, à peine les vomissements ont-ils cessé, que le pouls tombe au-dessous du type normal.

4e *Série*. Portant sur la circulation capillaire. Des congestions sanguines peuvent avoir lieu vers le point malade; les conjonctives s'injectent souvent. Le tissu cellulaire sous-cutané de la face, du front, etc., est quelquefois rempli de sang par la rupture de petits vaisseaux. Il y a des cas ou cette injection est tellement forte que la peau des individus est bleue comme celle des cholériques.

5e *Série*. Portant sur les sécrétions. Il y a des pleurs considérables; une sécrétion abondante des glandes salivaires, quelquefois il y a une teinte ictérique.

L'accès de migraine peut se terminer par un profond sommeil, d'autres fois, sa fin est marquée par des vomissements, tantôt il y a les sueurs générales ou partielles; ainsi j'ai vu les deux bras se couvrir de sueur; tantôt il survient des hémoptysies. Je connais une dame qui, dans les accès, perd environ une livre de sérosité. Dans l'ouvrage de Tissot, on trouve plusieurs faits semblables.

Durée. L'accès peut durer deux heures. Il y en a qui se prolongent 30, 36 heures, et plus.

Étudiés sous le rapport de leur fréquence et de leur retour, il est accès qui reviennent d'une manière régulière, d'autres d'une manière irrégulière. On a dit que les vérita-

bles migraines revenaient rarement moins de trois fois par an, et qu'on les observait peu au delà de quatre fois. On a cité le cas d'un individu qui, en neuf ans, avait eu deux accès. Schenk a rapporté l'observation d'un individu qui pendant trois ans sept mois, eut un accès tous les huit jours. Junker dit qu'une femme, après son accouchement, eut pendant cinq ans, toutes les heures, un accès de migraine pendant un quart d'heure.

Diagnostic. La migraine peut-être confondue, au premier aperçu, avec les névralgies et des lésions organiques. Leurs signes établissent la différence.

M. Piorry pense que la migraine est une névralgie de l'iris. Voici les arguments sur lesquels il s'appuie. Les individus qui fatiguent leur vue éprouvent de la céphalalgie; ils recherchent l'obscurité pour se soustraire à la douleur: celle-ci part évidemment de l'œil. L'organe de la vision est rouge; enfin, dans la migraine il y a des vomissements, comme dans certaines opérations de l'œil.

Traitement. On doit l'étudier pendant l'accès ou après l'accès.

Pendant l'accès. Il faut simplement mettre le malade dans une obscurité profonde, le laisser en repos, lui faire sur le front des lotions fraîches avec de l'eau, ou bien y verser quelques gouttes d'éther, ou recommander au malade des pédiluves chauds. Si la douleur est très-vive, que la figure se congestionne, qu'il y ait des symptômes de turgescence, de pléthore, il faut pratiquer une émission sanguine. Il est des malades qui ont vu diminuer les accès après quelques boissons stimulantes. On doit encore savoir que quelques individus préviennent l'accès ou le diminuent, en introduisant dans l'estomac quelques aliments. Tissot a cité le cas d'un homme qui se guérissait au milieu de l'accès, en mangeant un morceau de pain sec. M. le docteur J. Pelletan a cité un cas semblable. Il y a un narcotique que l'on a regardé comme d'un grand secours; c'est la belladone. On peut l'employer en frictions sur la cornée et sur les tempes, ou à l'intérieur.

Le traitement ne saurait être uniforme. Si l'on peut remonter à la cause en la combattant, on guérit souvent la migraine. On a quelquefois réussi à s'en débarrasser en changeant de vie. Ainsi Linnée, qui était très-sédentaire, se guérit de sa migraine en se promenant tous les jours pendant deux heures et en buvant une livre d'eau fraîche. Il est important de prendre en considération l'état des organes. Si l'individu a une hypéresthésie, on prescrira le traitement de l'hypéresthésie. Si l'estomac et les intestins sont malades, il faut traiter ces organes. Mais ici, trois cas différents peuvent se présenter. S'il y a des symptômes d'inflammation, la gastrite doit alors être attaquée par les remèdes indiqués. S'il y a seulement embarras gastrique, dans ce cas il faudra recourir aux vomitifs, aux amers. Enfin, si les symptômes sont ceux d'une gastralgie, le traitement doit encore ici varier.

Il y a maintenant quelques cas particuliers qui ne peuvent être introduits dans ces classes. Ainsi, des individus ont prévenu les accès en mangeant le matin. Quelquefois il faut tourner son attention vers l'organe circulatoire. Le cœur peut offrir des palpitations. Il y a des signes de pléthore. Il faut alors recourir aux émissions sanguines. A côté et cela il faut placer des individus chez lesquels l'hémicrânie augmente, avec la débilité. On se trouvera bien, dans ce cas, des préparations amères, du quinquina, des préparations ferrugineuses, du cachou. Portez-vous vos regards sur les sécrétions, vous trouverez des individus chez lesquels la migraine a débuté par une suppression de la sueur des pieds, de l'épigastre, de l'aisselle, etc. J'ai vu un individu qui avait une sueur des pieds; elle se supprima; aussitôt la migraine parut. On lui conseilla de faire usage de deux paires de bas de laine et de frictions avec une brosse rude, et de s'entourer les jambes avec des cataplasmes chauds. La sueur des pieds reparut, et l'individu fut guéri. L'utérus doit appeler l'attention; ainsi nul doute que la migraine ne coïncide avec la suppression des menstrues. Dans plusieurs circonstances, en rappelant celles-ci, on fait cesser la migraine.

CLOU HYSTÉRIQUE.

Il existe le plus ordinairement avec l'hystérie; mais quelquefois cette affection s'en sépare et se présente d'une manière isolée.

Le clou hystérique consiste dans une douleur qui occupe un point très-circonscrit de la tête. Son siége le plus ordinaire est l'un ou l'autre pariétal. Il se montre rarement au front et aux temporaux. Sydenham est le premier qui ait comparé cette douleur à celle causée par un instrument piquant qu'on enfoncerait dans le cuir chevelu. Souvent cette douleur est mobile; rarement on la voit occuper plusieurs points à la fois. Comme la migraine, elle s'accompagne de vomissements, souvent de bile verte, porracée. La durée du clou hystérique varie. Il y a des individus chez qui elle ne se prolonge que quelques minutes; chez d'autres elle dure sept ou huit jours. Son traitement rentre complétement dans celui de la migraine.

AUTRES CÉPHALALGIES.

Il y a quelques années, j'ai observé un individu qui fut pris de céphalalgie tellement atroce, qu'il poussait des cris continuels. Cet individu ayant succombé, nous l'examinâmes

avec beaucoup d'attention. On ne trouva rien du côté des nerfs, des méninges et du cerveau (*Traité de l'hydrocéphale aiguë*, par M. Charpentier, page 60).

A côté de ces cas, il y en a d'autres où il existe des lésions qui échapperaient à la vue, sans des recherches très-minutieuses. Ainsi on trouve dans le tome XXIX des *Archives de Médecine*, l'observation d'un individu mort d'une céphalalgie atroce, avec commencement d'amaurose et de surdité, chez lequel il n'existait qu'une coloration ardoisée de la substance grise. Voici maintenant un autre fait qui prouve que certaines céphalalgies peuvent être périodiques, ne pas offrir pendant longtemps de lésions, et en présenter ensuite tout à coup. Un homme fut atteint d'hémicrânie périodique, qui dura fort longtemps, et dont il ne guérit que lorsque des concrétions calculeuses eurent été évacuées par les fosses nasales.

RACHIALGIE.

On appelle ainsi une douleur nerveuse qui se fait sentir le long de la colonne vertébrale. On l'a comparée, mais à tort, à la colique saturinne. Cette douleur peut affecter tout le trajet de l'épine, ou affecter la portion cervicale, dorsale, lombaire. Quelquefois la rachialgie est bornée à une seule partie de la moelle; c'est l'hémi-rachialgie. Ces rachialgies partielles ne s'annoncent pas toujours par les mêmes symptômes. Dans la rachialgie cervicale, il y a douleur à la nuque, qui s'irradie vers le cou et même vers les membres supérieurs et le tronc, et peut même se compliquer d'autres désordres. Quelquefois il y a convulsion des membres. Le cœur est souvent le siége de palpitations. Il y a des étouffements. Les symptômes des rachialgies dorsale et lombaire sont à peu près les mêmes. Il y a cependant quelques phénomènes particuliers. Les urines et les matières fécales peuvent être involontairement rendues ou ne pas l'être. Les membres inférieurs sont plus particulièrement affectés dans la rachialgie. La pression n'augmente pas la douleur, tandis que les mouvements, les changements de position l'exaspèrent. Je me hâte d'ajouter que ces symptômes sont ceux de beaucoup d'autres altérations de la moelle.

Les douleurs que constitue la rachialgie sont remarquables par leur grande mobilité, et disparaissent sans laisser aucune trace. Or, s'il y avait une lésion profonde, on ne verrait par ces phénomènes se dissiper aussi rapidement. Ces douleurs peuvent aussi se rencontrer et disparaître à plusieurs reprises. On a vu cette rachialgie alterner avec le tic douloureux et d'autres affections nerveuses.

Cette douleur peut durer quelques jours, quelques mois : mais il est à craindre, dans ce cas, que ce ne soit une lésion organique.

Traitement. On fera des frictions sur la colonne vertébrale avec le baume tranquille, le laudanum, l'huile de jusquiame, et on donnera le cyanure de potassium, les narcotiques. L'expérience a prouvé que les bains frais peuvent avoir une bonne influence. Les bains froids, les bains froids de surprise, les douches sont utiles. Si la douleur persiste et qu'il se manifeste un trouble du mouvement, il faut attaquer la rachialgie comme si elle devait se montrer plus grave. On placera des cordons de sangsues sur la colonne vertébrale; on fera des frictions avec le tartre stibié, le crotontiglium; les vésicatoires, les cautères et les moxas sont avantageux.

DE L'ACRODYNIE.

On a appelé ainsi une maladie épidémique qui a régné à Paris pendant deux étés de suite (1828, 1829), et dont le symptôme prédominant était une douleur à la paume des mains et à la plante des pieds. Cette maladie n'a pas d'analogue connu, ne s'était jamais montrée, et, quand elle eut cessé, ne s'est plus montrée que rarement et par cas isolés.

Cette douleur était comparée par les malades à celle que l'on aurait éprouvée si l'on eût enfoncé des aiguilles ou des épingles; elle augmentait par la pression, diminuant au bout d'un certain temps, disparaissant même, mais la peau ne reprenant pas pour cela son état normal de sensibilité. Elle devenait au contraire plus ou moins insensible, rouge, et l'épiderme se détachait par larges lambeaux ou tombait d'une seule pièce. Il se formait au-dessous un nouvel épiderme qui tombait à son tour, et cela pouvait se renouveler ainsi trois ou quatre fois. La sécrétion de la matière colorante de la peau changeait de nature. La peau devenait d'un brun noirâtre, et se rapprochait de la couleur des Nègres.

Il y avait des individus chez lesquels on ne remarquait rien autre chose que la douleur des mains et des pieds.

Chez d'autres, en même temps la muqueuse intestinale se montrait souvent affectée, soit au début, soit pendant la durée de la maladie. Mais cette altération intestinale était plus fréquente au début. On a vu des vomissements survenir, la langue rouge, douleurs épigastriques, diarrhée avec ou sans douleurs intestinales.

Chez un très-grand nombre on ne remarqua qu'un simple dérangement dans l'appétit; et chez d'autres ce léger symptôme ne s'offrit même pas. Ainsi les altérations dans les voies digestives n'étaient donc pas la chose essentielle dans cette maladie. Le symptôme constant était la douleur aux pieds et aux mains.

Cette épidémie a régné pendant deux étés,

cessant entièrement pendant l'hiver. Elle fut remplacée par la grippe, qui elle-même fit place au choléra.

Sa durée était d'un mois à six semaines et plus.

Le pronostic n'était pas grave; nul individu n'en est mort.

Cette maladie a frappé un très-grand nombre de personnes.

Causes. Complétement inconnues. Tout ce que l'on sait, c'est qu'elle a sévi sur les classes les plus pauvres et en général dans les quartiers où la population est entassée. Il n'est pas prouvé qu'elle ne soit pas contagieuse.

La nature de cette maladie a beaucoup occupé les médecins; le symptôme prédominant qui était la douleur, faisait penser que c'était une maladie du système nerveux. Les recherches les plus minutieuses faites sur les cadavres des individus morts, non pas de cette maladie, mais pendant qu'ils l'avaient, n'ont rien constaté, et rien fait découvrir sur la nature de cette maladie.

Beaucoup de traitements ont été employés pour combattre cette épidémie, mais, il faut le dire, aucun n'a réussi. On se bornait vers la fin de l'épidémie à prescrire des bains simples ou émollients, avec des fomentations, des frictions, des cataplasmes émollients et narcotiques.

IIIe CLASSE. — NÉVROSES CARACTÉRISÉES PAR LES LÉSIONS DU MOUVEMENT.

On peut ranger ces lésions dans deux grandes espèces :

1re espèce. Mouvement conservé, mais perverti;

2e espèce. Mouvement aboli.

Ire *Espèce.* — DES CONVULSIONS.

Qu'est-ce pour nous, symptomatiquement parlant? Ce sont des mouvements violents, involontaires, peu durables, avec alternatives de contraction et de relâchement, d'ailleurs avec ou sans perte de connaissance, et portant le nom d'*éclampsie* lorsqu'il y a perte de connaissance, toujours sans écume à la bouche.

Les convulsions doivent être soigneusement étudiées sous le rapport de leurs causes. Au nombre de ces causes on doit ranger la différence d'âge; ainsi, les enfants y sont bien plus sujets: chez eux on voit des convulsions apparaître dans un état parfait de santé et disparaître sans laisser de traces.

Les convulsions prennent naissance sous l'influence de différents états que présente l'économie.

Influence du système nerveux. Il peut y avoir dans le système nerveux qu'on apporte en naissant une disposition aux convulsions. On la remarque, cette disposition, chez les enfants qui ont une tête très-développée, qui présente une grande excitabilité, qui ont la peau fine, blanche, le système musculaire peu développé. Ils ont dans le regard quelque chose de particulier, de hagard, ils ont de fréquents tressaillements, dorment peu, se réveillent souvent en sursaut, ont le sommeil interrompu par des rêves, ou se réveillent en poussant des cris, sont poursuivis par des terreurs paniques, et présentent des alternatives de couleur de la face, qui paraissent être en rapport avec les oscillations de la congestion.

Les voies digestives sont souvent altérées; diarrhée fréquente. Il faut faire ici une remarque importante, c'est que ces divers phénomènes du système nerveux coïncident avec des altérations pu tube digestif.

Indépendamment de tout cela, on reconnaît encore d'autres causes. Toutes les maladies aiguës laissent à leur suite une prédisposition plus grande aux convulsions. Une forte émotion, à tous les âges, mais surtout dans l'enfance, est une cause des convulsions. La frayeur, la colère, la jalousie, souvent le seul fait de l'imitation, quelquefois la simulation d'une convulsion, et ce dernier fait, tout singulier qu'il paraisse, n'en est pas moins réel.

Peut-il se faire que les émotions fortes de la mère pendant la grossesse agissent sur l'enfant qu'elle porte et le prédispose aux convulsions?

Faut-il placer l'hérédité au nombre des causes prédisposantes? Oui; on ne peut révoquer en doute que plusieurs maladies nerveuses se transmettent par hérédité.

On a vu des ces où le père et la mère étant parfaitement exempts de convulsions ont donné naissance à des enfants qui ont été moissonnés par des convulsions (1).

Par cela seul que des convulsions se seront montrées deux ou trois fois, c'est une raison de craindre la récidive, car c'est une loi dans l'économie, que le système nerveux a une grande tendance à la répétition des actes qu'il a exécutés déjà.

Les douleurs physiques peuvent donner lieu aux convulsions, mais ici rien de stable, rien de fixe, car une douleur atroce ne produira rien sur certains sujets, et d'autres auront des convulsions à la douleur la plus légère (2).

(1) J'en connais un exemple remarquable, c'est celui de M. et Mme Lettu, marchands de papiers peints, rue Sainte-Marguerite, n° 13, qui ont donné le jour à cinq enfants, qui tous ont péri dans des convulsions.

(2) A ce sujet, M. Andral nous a cité l'exemple d'une dame chez laquelle le narcotisme a été produit par une once de diascordium pris en lavement. La susceptibilité de cette dame était telle, qu'elle a été dix-huit fois à la selle après l'administration d'un grain de kermès fractionné en dix doses, en 24 heures. A. L.

Influence de l'appareil digestif. On a vu fréquemment des convulsions survenir pendant le travail de la dentition. Toutes les inflammations gastro-intestinales aiguës ou chroniques peuvent donner lieu aux convulsions. Les sécrétions biliaires, les matières fécales accumulées peuvent donner lieu aux convulsions. Un enfant de 9 ans fut pris de convulsions intenses. En explorant son ventre, je trouvai de petites tumeurs inégales, bosselées, que je reconnus pour être dues à un amas de matière fécale; il était d'ailleurs constipé depuis huit jours. Les laxatifs, en enlevant la cause, firent complétement cesser les convulsions.

Influence de l'appareil respiratoire. Rien de particulier à noter.

Influence de l'appareil circulatoire. L'accélération du sang peut troubler l'action des centres nerveux, de manière qu'il en résulte des convulsions. Les fièvres intermittentes y prédisposent singulièrement, et elles sont même quelquefois un caractère des fièvres intermittentes pernicieuses. Chez l'enfant un simple mouvement fébrile peut y donner lieu. Ainsi, il faut placer la fièvre comme cause des convulsions. Certes, on a eu raison de rattacher la fièvre comme symptôme d'une infinité de maladies; mais on voit des individus chez lesquels le délire survient après 24 heures de fièvre; il en est absolument de même pour les convulsions.

L'état de pléthore générale a été regardé avec raison comme cause de convulsions. Certains enfants naissent pléthoriques. Si chez eux on lie trop vite le cordon, on voit survenir des convulsions quelquefois mortelles.

En face de ce fait de l'état de pléthore, on doit reconnaître que l'état d'anémie est aussi cause des convulsions. Ce n'est pas la première fois que dans les maladies du système nerveux, nous voyons des causes opposées produire des effets semblables. Cet état d'anémie peut se présenter spontanément; ainsi la chlorose que nous avons considérée comme une altération de l'hématose précède si souvent les convulsions, que l'on peut dire que la chlorose y prédispose singulièrement. Les enfants dont la peau ne contient en quelque sorte aucune molécule de sang, dont la couleur ressemble à celle de la cire, sont remarquables par leur facilité à contracter des convulsions. Dans d'autres cas, cet état d'anémie n'est plus spontané, mais vient à la suite de maladies chroniques, les convulsions en sont le résultat immédiat. Elles surviennent aussi lorsqu'un individu est tout à coup privé d'une grande quantité de sang, comme dans les hémorragies. Les animaux qu'on soumet à ces expériences succombent au milieu des convulsions; chez les enfants une hémorragie légère peut les déterminer. Il n'est pas de médecin qui ne les ait vues souvent chez les enfants à la suite d'une piqûre de sangsues que l'on n'a pas arrêtée à temps. Chez l'adulte elles surviennent après les grandes opérations; chez les femmes après les pertes de l'accouchement ou les hémorragies internes.

De toutes ces causes opposées, il faut conclure que le cerveau se trouble dans ses fonctions, soit qu'il reçoive trop ou pas assez de sang. Le cerveau a besoin d'une certaine quantité de sang pour se nourrir et être excité, si cette quantité augmente ou diminue il y aura convulsions.

Au reste, toutes ces causes de convulsions nous les avons trouvées les mêmes pour le délire.

Si des substances étrangères sont mêlées au sang, il pourra en résulter des convulsions, par exemple le camphre. Il y a eu, au moyen âge et vers le milieu du siècle dernier, une épidémie de narcotisme convulsif due à certaines substances introduites dans l'économie; les faits abondent pour prouver cette influence.

Les faits ne peuvent faire révoquer en doute qu'une femme nourrice, venant à éprouver une forte colère, son lait n'éprouve une modification telle, qu'il devient un poison pour son enfant. Une femme nourrissait son propre enfant sans inconvénient, elle donna le sein à un second enfant qui fut pris de convulsions, à un troisième également, et tous les êtres vivants, à l'exception de son enfant, à qui on donna de son lait, éprouvèrent un trouble dans les mouvements.

A une époque où l'on croyait rajeunir un homme par la transfusion, on a vu des individus être pris de convulsions après avoir reçu le sang d'un autre individu.

Influence des appareils sécréteurs. On peut établir en principe général, que toute sécrétion surabondante porte un trouble dans l'économie, auquel participe le système nerveux, trouble qui peut déterminer les convulsions. On a dit que certaines sécrétions morbides venant à être supprimées, pouvaient déterminer des convulsions; ce fait n'est pas prouvé.

Le mouvement nutritif vient-il à se faire d'une manière trop rapide, ou, dans d'autres termes, la croissance est-elle trop rapide, on voit les convulsions apparaître; et la théorie peut faire comprendre quelle impression profonde doit porter sur l'hématose une nutrition trop rapide.

L'enveloppe cutanée peut, par plusieurs circonstances, déterminer les convulsions; ainsi, on les a vues survenir par une sensibilité exagérée de la peau. Quelquefois des enfants, piqués par des épingles, sont pris de convulsions sans qu'on puisse en déterminer la cause. Le froid plus ou moins rigoureux a une influence sur leur production. On les a vues quelquefois

survenir avant l'apparition des exanthèmes, tels que la rougeole, la scarlatine, etc.; et si l'exanthème venait à cesser prématurément, on voyait les convulsions reparaître.

Influence de l'appareil génital. Les excès dans les plaisirs vénériens, la masturbation, surtout parmi les enfants, sont une cause puissante de convulsions. La privation des fonctions génitales les amène aussi quelquefois. Chez certaines femmes l'hystérie ne reconnaît pas d'autre cause. Les règles exercent aussi une grande influence sur leur production. On voit des jeunes filles qui, à leur approche, sont prises de convulsions, des femmes qui en éprouvent à chaque retour mensuel. La suppression des règles en est aussi une cause. Enfin la grossesse peut les déterminer aussi, et ces convulsions peuvent persister après l'accouchement et la délivrance; elles reconnaissent alors pour causes les hémorragies utérines.

Au milieu de toutes ces causes et lorsque les convulsions ont entraîné la mort, croyez-vous que le cerveau vous présente une lésion quelconque? Oui; dans beaucoup de cas, on trouve ces lésions variées que nous avons déjà étudiées, depuis la simple hypérémie jusqu'au ramollissement le plus étendu. Mais aussi dans beaucoup de cas on ne trouve rien. Ici, comme dans le délire, on n'a pas besoin de recourir à l'excitation.

Symptômes. Ils peuvent survenir pendant le cours d'une maladie quelconque comme dans l'état parfait de santé. Ce sont des mouvements variés, des flexions des doigts et des orteils, l'agitation de la tête, convulsions des yeux qui tantôt sont relevés en haut, tantôt dans l'état de strabisme varié, mouvements bizarres de la face, des muscles abdominaux et thoraciques, contraction spasmodique du diaphragme, d'où production du hoquet; la langue est tantôt retirée, tantôt jetée hors de la bouche; le larynx et ses muscles intrinsèques sont fortement contractés, d'où production de cris étranges et inarticulés. Les muscles les plus soustraits aux influences de la volonté, le cœur par exemple, sont pris de palpitations violentes, la plan musculaire du tube digestif est pris de mouvements péristaltiques. Quelquefois enfin il y a vomissements et déjections involontaires.

Ces convulsions peuvent être générales, ce qui est rare, ou partielles, ce qui est beaucoup plus commun; elles affectent quelquefois une certaine partie, allant tantôt d'une partie à l'autre; la face est la partie où elles se montrent le plus fréquemment, et c'est surtout aux paupières et à la commissure des lèvres qu'elles siégent ordinairement. Enfin, d'après leur degré de fréquence, on doit placer en première ligne les membres supérieurs, puis les membres inférieurs, et puis le tronc.

La perturbation du mouvement n'est pas le seul trouble qui se présente. L'intelligence peut aussi s'altérer; de là deux variétés.

1re. Avec perte incomplète de connaissance;

2e. Avec perte complète de connaissance.

Pouls, rien de constant, respiration souvent gênée, voies digestives troublées ou non, sécrétions ordinairement supprimées, transpiration cutanée absente, urines nulles.

Les muscles si violemment convulsés peuvent devenir le siége de douleurs variées. Il peut arriver que ces convulsions déterminent des ecchymoses. On a vu se produire des luxations, des ruptures de tendons, des fractures, des courbures d'os; de là des difformités plus ou moins grandes.

La durée est variable.

Après leur cessation, tantôt les individus restent malades, tantôt ils reviennent à une santé parfaite.

Une fois produites, elles tendent à revenir.

Elles se terminent quelquefois sans phénomène appréciable; ainsi un flux quelconque les termine quelquefois.

Le docteur Husson, dans ses belles recherches sur la vaccine, a noté que certains enfants sujets aux convulsions, ont été guéris par la vaccine.

Elles peuvent se terminer par les diverses maladies du cerveau;

Aussi par la mort, et cette mort peut arriver, soit par le cerveau lui-même, soit par le poumon, asphyxie; soit par le cœur, syncope prolongée.

Traitement. Y a-t-il un traitement unique? Non, et on doit bien le pressentir; car, en faisant l'histoire des causes, on fait l'histoire du traitement, qui doit être aussi différent que les causes sont diverses.

Émissions sanguines : elles sont indiquées :

1° Dans un état pléthorique général;

2° Dans la pléthore cérébrale;

3° Dans l'inflammation du cerveau ou des méninges;

4° Dans l'inflammation d'un organe quelconque.

Si c'est vers le cerveau qu'il faut agir : sangsues à la tête.

Si la dentition est une cause de convulsions, on applique quelques sangsues aux gencives.

Dans quelques cas, elles sont formellement contre-indiquées. On n'a pas besoin de citer le cas d'anémie où elles seraient infiniment nuisibles.

Parmi les moyens qui agissent directement sur le système nerveux, le plus efficace est l'introduction de l'eau dans l'économie. On doit, à ce sujet, se rappeler la belle expérience de M. Magendie, qui fit cesser le délire en injectant de l'eau dans les veines.

Les narcotiques doivent être employés quand

il y a douleur vive et poignante. Dehaën en avait constaté les heureux effets.

Parmi les substances stimulantes, on emploie l'ammoniaque liquide, les préparations éthérées, la teinture de castoréum, les eaux de mélisse, etc.

Le sulfate de quinine a été quelquefois employé avec succès. On a beaucoup vanté le magistère de bismuth : l'expérience n'a pas justifié ces éloges. On a employé avec succès l'oxyde de zinc mêlé à l'extrait de jusquiame.

Les purgatifs doux, tels que le calomel, l'huile d'amandes douces, le sirop de chicorée, doivent être employés lorsque les convulsions sont dues à la présence de vers ou de matières fécales.

On peut diriger la médication vers la peau, par des bains tièdes, des fomentations émollientes, en appelant vers elle une douce chaleur et la sueur par l'application de coton cardé, de taffetas gommé, de vessies pleines d'eau chaude, et en dirigeant des vapeurs d'eau.

S'il y a un exanthème supprimé, on administre un bain chaud.

On peut aussi déterminer une irritation révulsive par des vésicatoires, des sinapismes, etc.

DU TÉTANOS.

Cette affection est caractérisée par la rigidité des muscles soit d'une partie, soit de tout le corps.

Selon le siége de cette rigidité, le tétanos a reçu des noms divers; il s'appelle *trismus,* quand il affecte les muscles de la mâchoire; *opisthotonos,* quand c'est la moitié du corps qui se renverse en arrière; *emprosthotonos,* quand elle se renverse en avant; *pleurosthotonos,* quand c'est vers les côtés; et *tétanos droit,* lorsque le corps se tient droit comme une planche.

Cette affection a évidemment son siége dans les centres nerveux. C'est principalement dans la moelle épinière qu'elle réside, car des observations nombreuses ont toujours rencontré le cerveau intact.

S'il est facile de déterminer son siége, il n'en est pas de même de sa nature; elle peut être cependant révélée par l'ouverture des corps. Toutes ces ouvertures n'ont pas conduit au même résultat. Il y a quelques faits complétement négatifs, où l'on n'a absolument trouvé aucune lésion dans les centres nerveux. J'ai publié moi-même un fait de ce genre dans la clinique médicale; ce cas était surtout remarquble parce qu'on trouva l'estomac excessivement rouge, et présentant tous les signes de la gastrite la plus intense.

A côté de ces cas négatifs il en est d'autres où l'on a trouvé des lésions. Dans le tome XX des *Archives de médecine* on trouve l'observation rapportée par Thompson, médecin américain, où l'on trouva une sécheresse remarquable de l'arachnoïde rachidienne et cérébrale, qui était semblable à du parchemin. Cette sécheresse était particulière à cette séreuse, car les autres ne présentaient rien de semblable.

Bien souvent on a trouvé des rougeurs par injection vasculaire, rougeurs qui résidaient dans les membranes de la moelle, dans la moelle épinière même, particulièrement dans la substance blanche. Si cette injection eût été occasionnée par un effet mécanique, elle aurait existé aussi dans le centre crânien, c'est ce qui n'avait pas lieu.

Dans quelques cas on a trouvé une vive rougeur dans un certain nombre de cordons nerveux, soit à ceux qui se détachent immédiatement de la moelle, soit aux nerfs qui se distribuent aux membres. Cette rougeur existait surtout dans le névrilemme extérieur et partiel.

M. Carron de Villards a vu les ganglions semi-lunaires rouges. J'ai vu un cas semblable.

Billard a cité deux observations de tétanos de deux enfants, à l'ouverture desquels on trouva un épanchement de sang dans la moelle. Il existe d'autres cas du même genre, ainsi que des cas où l'épanchement était séreux.

Il faut surtout noter les cas où l'on a trouvé des épaississements, des pseudo-membranes, des dégénérescences puriformes, etc., enfin tout ce que l'on trouve à la suite d'une violente inflammation. M. Dubreuil a eu l'occasion d'ouvrir dix-sept cadavres de tétaniques; dans trois d'entre eux on trouva un dépôt de matière blanchâtre et solide entre l'arachnoïde et la moelle épinière. Dans les quatorze cas restants on trouva des congestions plus ou moins fortes. M. Avon, dans sa thèse, a cité un cas de tétanos avec de fausses membranes enveloppant la moelle épinière. Il est évident que dans ces cas de tétanos, la moelle épinière était en proie à une violente inflammation.

Dans quelques cas on a trouvé le ramollissement de la moelle. M. Lepelletier, du Mans, *Mémoires sur le tétanos;* M. Alençon, *Thèse;* M. Patissier, *tome* V *du Bulletin de la faculté;* M. Monod, *Bulletin de la société anatomique,* en ont cité des exemples.

On a aussi cité quelques cas où le siége du ramollissement était beaucoup plus limité, et ces faits d'anatomie pathologique se sont trouvés d'accord avec les recherches physiologiques qui tendent à prouver que les cordons antérieurs président à la mobilité, et les cordons postérieurs à la sensibilité. En effet, dans quelques cas de tétanos, on a trouvé le ramollissement aux cordons antérieurs. M Combettes en a cité un cas; un médecin italien en a cité un autre.

M. Lobstein a vu, dans l'autopsie d'un tétanique, un abcès considérable situé derrière le corps des vertèbres et qui comprimait la moelle épinière. Le sujet qui fait l'objet de cette observation, avait en même temps une vésicule séminale remplie de pus, et dans les derniers temps de sa vie, il s'était livré à la masturbation avec une sorte de fureur.

Dans un assez grand nombre de cas de cette maladie, connue sous le nom d'*arachnitis spinale*, on trouve un grand nombre de symptômes communs au tétanos.

Depuis quelques années on s'est livré à un grand nombre de recherches pour reconnaître la nature de cette maladie; il semble que l'on touche au but. Les signes de phlegmasie se sont montrés un si grand nombre de fois qu'il ne s'agit plus que de savoir s'il en est toujours ainsi; dans tous les cas jusqu'ici observés, si les signes d'inflammation n'ont pas été toujours constatés, on peut dire néanmoins qu'ils l'ont été dans le plus grand nombre.

Pour expliquer le tétanos, on a cherché des lésions ailleurs que dans les centres nerveux. Ainsi, M. Patissier lui donne pour cause l'inflammation du cœur et des gros vaisseaux; le fait sur lequel il se fonde n'est pas concluant. L'ouverture du cadavre fut faite trente-six heures après la mort, et on trouva le cœur très-rouge, à la vérité, mais cette rougeur doit plutôt être considérée comme un phénomène cadavérique que comme une lésion anatomique.

Toutes les altérations possibles, et les plus diverses ont été considérées comme causes du tétanos, les gastrites, les érésipèles, etc. M. Laurent pense qu'il reconnaît souvent pour cause la présence des vers intestinaux.

Causes extérieures. Les plaies, les blessures, les violences extérieures, peuvent occasionner le tétanos; il porte alors le nom de tétanos traumatique. Mais, une de ces causes ne suffit pas pour produire le tétanos, il faut encore admettre des circonstances qui favorisent la production de cette maladie, ainsi sont les excès de froid, de chaleur, les changements brusques de température, un mauvais pansement, etc.

Il n'y a pas de lésion extérieure, pour si légère qu'elle soit, qui ne puisse le produire. Ainsi, on l'a vu survenir après l'application d'un séton, l'ulcération d'un bubon vénérien, l'extraction d'une dent, après la piqûre d'une aiguille, l'extraction d'un polype du nez, après une fracture. On cite le cas d'une jeune femme chez laquelle il survint à la suite d'une blessure occasionnée par une chaussure trop étroite. Un autre à la suite d'une chute sur la région lombaire.

Dans le cas où le tétanos ne reconnaît pour cause aucune lésion extérieure, il a suffi pour le produire de la simple action du froid après la chaleur. Joseph Frank a rapporté le cas de deux individus qui, forcés de se jeter dans une rivière pour se soustraire à des poursuites, furent pris de tétanos sur l'autre rive. Des soldats s'étant endormis sur un sol froid et humide furent pris au réveil de tétanos.

Certaines substances ingérées ont une action évidente sur la production du tétanos. Il faut distinguer deux cas, l'un où ces substances agissent d'une manière accidentelle si la prédisposition existe, l'autre où ces substances sont, non-seulement causes occasionnelles, mais ont encore une influence spéciale sur la maladie : de ce nombre sont la noix vomique, la strichnine, la bruccine et la fausse angusture.

Les organes, par leur état morbide, peuvent être des causes occasionnelles. Au premier rang sont les inflammations du tube digestif qui n'ont pas besoin, pour produire le tétanos, d'être bien intenses. On a cité le cas d'un soldat qui fut pris de tétanos après une indigestion de raisins verts.

Enfin, on appelle tétanos spontané celui qui survient sans cause appréciable.

A quelle cause rapporter cette variété de tétanos connue sous le nom de mal de mâchoires, que l'on observe surtout aux Antilles chez les enfants? Il est probable que les brusques changements de température, si fréquents dans ce pays, ne sont pas la seule raison de cette affection; l'entassement, la malpropreté y contribuent pour le moins autant. Ce qui le prouve, c'est qu'à Wilna où le climat est si différent, cette affection se retrouve chez les nouveau-nés des Juifs, qui présentent ces conditions d'entassement et d'insalubrité.

Symptômes. L'invasion du tétanos est ordinairement brusque et instantanée. Chez quelques sujets cependant, et cela arrive surtout dans les cas de tétanos dus à des causes peu actives, il peut exister quelques prodrômes comme des engourdissements dans les membres, des espèces d'accès irréguliers de rigidité musculaire devenant de plus en plus violents et de plus en plus rapprochés. Chez les blessés, on observe quelquefois qu'ils deviennent tristes, moroses, qu'ils éprouvent des terreurs soudaines et sans motifs, qu'ils perdent l'appétit et le sommeil, qu'ils présentent des mouvements convulsifs dans les mâchoires, le cou, les muscles de la déglutition, et que ces phénomènes deviennent de plus en plus fréquents et durables jusqu'à l'invasion définitive de la maladie.

Dans la plupart des cas, le tétanos débute par le trismus. Pendant plusieurs jours il peut rester borné à ce degré; mais, bientôt la rigidité se propage aux muscles de la face, à ceux du cou, du tronc, des membres qui se

roidissent, deviennent immobiles, et le tétanos devient général.

Alors, le corps tout entier reste immobile, droit ou renversé dans des sens divers; les plus grands efforts exercés pour le fléchir ou lui donner quelque autre attitude sont impuissants; on voit les muscles convulsés, durcis et comme pelotonnés sur leur centre.

Les contractions du tétanos, si violentes et si prolongées qu'elles soient, présentent cependant, à des intervalles irréguliers, des moments de détente plus ou moins marqués et d'une sorte de relâchement général, qui permettent au malade de faire quelques mouvements et de prendre quelques boissons. Mais bientôt la roideur revient plus intense.

L'intelligence se conserve intacte jusqu'au dernier moment de l'existence. Dans quelques cas cependant, le délire survient.

La sensibilité cutanée peut rester intacte ou s'altérer.

La circulation est ordinairement troublée : il y a de cent à cent vingt pulsations.

La respiration est ordinairement gênée, et le devient d'autant plus, que les malades approchent de la mort. On peut même dire qu'ils périssent presque tous par asphyxie, les muscles pectoraux éprouvant une trop grande perturbation.

La *durée* peut être de quelques heures, de quelques jours; elle peut se prolonger à quelques mois. La durée moyenne est de quatre à cinq jours.

Elle se termine ordinairement par la mort. Le retour à la santé est le cas le plus rare. Il y a cependant quelques cas de guérison.

Traitement. A varié selon les idées que l'on se faisait de la nature de la maladie. Ainsi, les émissions sanguines ont été employées à profusion par les médecins qui considèrent le tétanos comme une inflammation. Plusieurs cas ainsi traités ont été guéris. M. Lepelletier du Mans a cité un cas où il tira douze livres de sang en six fois. Le malade fut guéri.

M. Martin a rapporté plusieurs observations de guérison ainsi obtenues. Il administrait un bain tiède, et pendant le bain, qui durait plusieurs heures, il tirait, à chaque heure, trois onces de sang.

M. Lisfranc a présenté dernièrement à l'Académie de Médecine un homme qu'il a guéri du tétanos, en employant le traitement antiphlogistique le plus rigoureux. En dix-neuf jours il a fait huit saignées de quatre palettes chacune environ, et dans le même temps il a appliqué 792 sangsues tout le long du rachis, excepté 50 qui ont été appliquées à l'épigastre.

Ces faits divers me forcent à convenir que si j'avais un tétanos à traiter, je n'emploierais pas d'autre moyen que le régime antiphlogistique dans toute sa rigueur.

Il est bon de ne pas borner l'application des sangsues au rachis, et de les porter à la nuque, aux mâchoires, autour de la plaie, s'il en existe.

Les narcotiques ont été beaucoup préconisés et beaucoup employés. Quelques cas de guérison ont été obtenus par ce moyen. On peut les employer, soit seuls, soit conjointement avec les évacuations sanguines. Un fait singulier quant à l'administration de l'opium, c'est que dans cette maladie il ne produit pas son effet ordinaire. On l'a administré à la dose de trente grains, sans endormir le malade.

L'incertitude dans le traitement s'explique par l'incertitude des altérations que l'anatomie pathologique nous découvre.

Un médecin italien dit avoir obtenu deux guérisons en employant la morphine par la méthode endermique.

L'acide prussique n'a jamais réussi.

Les révulsifs sur les intestins peuvent être convenablement employés dans quelques cas. Les révulsifs à la peau, les bains de vapeur surtout, ont été très-employés.

Il existe encore quelques moyens beaucoup vantés, et que l'on peut regarder comme empiriques; tels sont :

Le mercure poussé jusqu'à la salivation, dont un médecin anglais dit avoir retiré de si grands avantages;

La teinture de cantharides;

Le phosphore;

Le sous-carbonate de fer;

Le sous-carbonate de potasse;

L'arsenic;

L'huile de térébenthine à l'intérieur.

Enfin, M. Cruveilhier a obtenu un plein succès chez un malade dont le tétanos était fixé aux muscles pectoraux, en lui faisant cadencer la respiration.

DE LA CHORÉE.

C'est le nom que le docteur Bouteille a donné à la maladie autrefois désignée sous le nom de *danse de Saint Wit* ou de *Saint Guy*, désignation qui lui vient d'une chapelle située près d'Ulm en Souabe, consacrée à ce saint auprès duquel on se rendait tous les ans en pèlerinage, au mois de juin, pour obtenir la guérison de cette maladie, dont lui-même aurait été atteint.

Elle est caractérisée par des mouvements singuliers, désordonnés, irrésistibles du corps ou de certaines parties du corps.

Comme toutes les maladies que nous venons d'étudier, la chorée réside dans le système nerveux. Mais peut-on lui trouver un siége particulier? En ayant égard aux mouvements désordonnés, quelques auteurs lui ont assigné pour siége les nerfs. M. Serres se

fondant sur certains faits pathologiques, le place dans les tubercules quadrijumeaux.

Peut-on justifier par l'ouverture des corps l'opinion qui place le siége de cette maladie dans les centres nerveux? Il y a eu jusqu'ici peu de cas d'autopsie de malades qui aient succombé à la chorée, car il est rare que l'on meure de cette maladie. Voici les cas que j'ai pu rassembler. Vous trouverez dans le tome 1er et dans le tome XX *des Archives de Médecine*, dans le tome LXXII de la *Bibliothèque médicale*, trois cas de mort après la chorée, et où on n'a trouvé aucune lésion spéciale.

M. Serres en a publié quatre autres où les altérations se voyaient aux tubercules quadrijumeaux.

Le 1er de ces cas était compliqué d'épilepsie, c'est même de cette maladie que le malade est mort. Il y avait induration squirrheuse autour des tubercules quadrijumeaux, ramollissement du *processus cerebelli ad testes*.

Les 2e et 3e étaient compliqués d'hémorragie cérébrale, cause de la mort. On trouva un épanchement de sang à la base de la paire postérieure des tubercules quadrijumeaux.

Dans le quatrième il n'y avait plus de complications vers le système nerveux. On trouva, dit M. Serres, les tubercules quadrijumeaux enflammés. Ce laconisme d'expression laisse beaucoup à désirer. Voyez, au reste, Serres, tome II, *de l'Anatomie du cerveau*.

M. Bergeon, interne des hôpitaux, a publié un fait fort intéressant, dans la *Revue médicale*, avril 1831. Un individu mourut pendant la chorée. On trouva une induration remarquable du bulbe rachidien. On ne trouva rien dans les tubercules quadrijumeaux ni dans les parties qui les avoisinent.

Il m'est arrivé une seule fois d'ouvrir un cadavre d'un enfant mort pendant la chorée. Je trouvai des tubercules dans le cerveau et dans le cervelet.

M. Dugès a eu deux fois l'occasion d'examiner des enfants morts ou pendant la durée ou vers la fin d'une chorée. Le cerveau, les nerfs et le cordon rachidien, ne paraissaient différer en rien de ceux des enfants les mieux portants. Le rachis d'un enfant qui était affecté de chorée, ouvert par M. Ollivier, n'offrit aucune altération sensible de la moelle épinière M. Rufz a recueilli quatre observations dans lesquelles il n'existait aucune lésion qui pût être considérée comme particulière à la chorée. M. Ghérard, de Philadelphie, M. Hache et M. Rostan, ont publié des faits analogues.

D'un autre côté, M. Prichard a publié trois observations de chorées, dans lesquelles il trouva une quantité de sérosité assez considérable dans la cavité méningienne du rachis avec une injection des vaisseaux de la moelle épinière. Les observations de ce médecin manquent de détails.

M. Monod rapporte que chez deux sujets affectés de chorée, il trouva une hypertrophie avec injection très-remarquable de la substance corticale du cerveau et de la moelle épinière. Le cervelet et les méninges rachidiennes étaient aussi fort injectés.

M. Hatin explique la chorée par un endurcissement avec hypertrophie de la partie antérieure de la moelle épinière.

Dans une observation de M. Rœser, les ventricules cérébraux contenaient plus de sérosité que dans l'état normal; le canal vertébral en renfermait un peu; la moelle épinière était entourée d'un réseau vasculaire très-développé, et la substance cérébrale était ramollie.

Enfin, le docteur Brown ayant ouvert une jeune fille de seize ans atteinte de chorée, trouva toute la surface du cerveau extrêmement injectée, et dans la substance médulaire de l'hémisphère gauche, une concrétion calcaire de forme irrégulièrement cubique, d'un demi-pouce environ, sur chacun de ses côtés.

Il résulte de l'exposé de ces faits, que si, par l'examen des symptômes, on peut assigner le siége de la maladie dans le système nerveux, l'anatomie pathologique ne nous apprend encore rien sur le siége et la nature de cette maladie. Direz-vous que c'est une irritation? Rien ne le prouve. Que c'est une maladie convulsive, ou une paralysie incomplète, comme l'ont annoncé quelques auteurs? A cela nous répondrons, comme M. Bouillaud (art. *Chorée* du *Dictionnaire* en 15 volumes), que les lésions que peuvent subir des mouvements coordonnés, tels que ceux de progression, de préhension, etc., ne sont pas uniquement des lésions en plus ou en moins, mais aussi un trouble dans l'association, la combinaison, la coordination normale de ces mouvements; et comme M. Bouillaud, je crois que telle est bien réellement l'espèce de désordre qui caractérise la chorée.

En attendant que des recherches postérieures fassent connaître la nature et le siége de cette maladie, étudions-en les causes.

Causes. Parmi celles-ci, il faut distinguer celles qui sont purement occasionnelles, et au premier rang il faut ranger toutes les émotions et particulièrement la peur, surtout chez les enfants. Un grand nombre de chorées ont été attribuées à cette cause (1). D'autres passions, telle que la colère, un amour malheureux, ont suffi pour la produire. Elle se développe, en quelques circonstances, par

(1) M. Guersent pense que ce n'est pas la peur qui cause la chorée, mais que c'est la disposition à cette maladie, qui rend les enfants très-faciles à s'effrayer.

imitation, dans les pensionnats, dans les couvents. C'est vous dire combien il est important de séquestrer le malade, car il y a là, passez-moi l'expression, une véritable contagion nerveuse.

Si l'on ajoute foi aux récits de quelques historiens, il paraîtrait que la chorée a régné quelquefois d'une manière épidémique. Ainsi, Pline rapporte que les soldats de Germanicus contractèrent sur les bords du Rhin une maladie dont les symptômes sont analogues à ceux de la chorée. Selon Mézeray, elle aurait régné épidémiquement dans la Hollande en 1373. Cullen en rapporte aussi des exemples, et tout récemment, M. le professeur Hecker de Berlin, vient de publier une *histoire de la chorée épidémique*, où se trouvent décrites plusieurs épidémies de cette affection.

La masturbation est certainement une cause puissante de la chorée. Les dérangements de la menstruation ont, dans quelques cas très-rares, été donnés comme causes de cette maladie. A propos des fonctions génitales, il existe dans la science un fait curieux. Il s'agit d'une femme qui avait eu la chorée dans sa jeunesse. Elle se marie, devient grosse; la chorée revient et dure tout le temps de la grossesse qui se termine, après six mois, par avortement. La chorée disparaît aussitôt.

Les maladies du tube digestif peuvent devenir causes occasionnelles de cette maladie. M. Guersent l'a vue plusieurs fois se manifester à la suite d'inflammations gastro-intestinales, contre lesquelles on avait abusé de moyens débilitants. M. Blache l'a vue survenir après une fièvre typhoïde dont la durée avait été fort longue.

On a beaucoup parlé de l'influence des vers. Ils sont, comme on sait, très-communs chez les enfants.

Dans les cas observés par MM. Rufz et Blache, aucun malade n'avait rendu des vers. On trouve dans le *Journal d'Hufeland*, que dans certaines chorées où des vermifuges avaient produit l'expulsion d'un grand nombre de vers, les mouvements convulsifs n'ont éprouvé aucune diminution sensible.

J. Franck n'a vu qu'une seule fois leur expulsion coïncider avec la guérison.

La suppression de quelques sécrétions peut entraîner cette maladie. Ainsi, on a cité l'exemple d'un individu qui fut pris de chorée après une suppression de la sueur des pieds. On a aussi cité quelques cas de chorée survenus après la suppression d'un exanthème.

On a vu la chorée survenir après une abondante hémorragie nasale.

On la voit survenir, chez des individus très-prédisposés, à la suite de lésions sans influence sur la plupart des autres hommes; ainsi, une jeune fille en fut prise par la douleur qu'occasionnait un ongle rentré dans les chairs. On peut en dire autant de toutes sortes de blessures.

Elle s'est encore développée sous l'influence des agents extérieurs. Elle est survenue après l'inspiration de vapeurs mercurielles. Une autre fois, après une simple dose de datura stramonium; dans quelques cas, après l'introduction de venins animaux.

Le docteur Bouteille cite deux cas dans lesquels la chorée a paru être le résultat d'une chute sur la tête. Quelques auteurs font jouer un grand rôle aux coups, aux chutes, et à toutes les violences extérieures sur cette partie dans la production de la chorée. Dans les observations recueillies par MM. Rufz et Blache il est positivement indiqué qu'aucun enfant n'avait reçu de coups ni fait aucune chute sur la tête.

Enfin, elle est quelquefois survenue sans aucune de ces causes occasionnelles.

Causes prédisposantes. La chorée peut être considérée comme une maladie de l'enfance; d'après les calculs de M. Rufz, elle n'est précisément ni très-rare ni très-commune dans cette période de la vie. Sur 32,976 enfants admis à l'hôpital des enfants pendant 10 années, 189 seulement étaient affectés de chorée. C'est depuis l'âge de six ans jusqu'à quatorze qu'elle est plus fréquente. On n'en connaît pas avant quatre ans, et d'autre part après quatorze ans; elle est d'autant plus rare qu'on avance en âge. On a fait à ce sujet une remarque, c'est que les individus frappés de chorée à l'âge le moins avancé, étaient des garçons.

Sexe. Non également sujets. Sur 189 cas il y a 138 filles et 51 garçons.

On a pensé que les individus faibles, délicats, dont la peau est blanche et fine, les scrofuleux, les rachitiques, les enfants précoces, etc., y étaient plus exposés. Cependant, on l'a vue plus fréquente chez les enfants du peuple que chez ceux de la classe riche.

La chorée en certaines circonstances, a paru se transmettre par hérédité. On a vu des familles, où quelques membres affectés de maladies nerveuses, ont donné le jour à des enfants qui ont été attaqués de chorée.

Une observation importante, c'est la liaison qui existe entre l'épilepsie et la chorée. Il est de fait que l'on voit beaucoup d'individus avoir la chorée avant l'épilepsie et l'hystérie; on a vu ces maladies alterner; on l'a vue liée à l'aliénation mentale.

Symptômes. Les symptômes de la chorée portent principalement sur le système musculaire et se traduisent, comme nous l'avons déjà dit, par un désordre bizarre et irrésistible du mouvement.

Ce désordre peut être général, ce qui est

très-rare, ou partiel, ce qui est plus commun. Quand il est partiel, il peut être borné à une moitié du corps, et dans ces cas on a remarqué que c'était le côté gauche qui était le plus souvent affecté.

La chorée peut être bornée à quelques parties isolément, à la face, à un bras, à quelques muscles isolés.

A la tête. C'est quelquefois un mouvement singulier du cuir chevelu. Tantôt les sourcils sont agités de mouvements qui les font s'éloigner où se rapprocher. Les muscles du front se contractent avec violence ; quelquefois un muscle semble sortir de son immobilité. Ainsi, on a vu quelquefois les muscles propres de l'oreille, ordinairement sans action, être pris de mouvements singuliers. Les paupières sont quelquefois agitées d'un clignotement continuel, les yeux sont portés à droite, à gauche, en haut, en bas. La bouche est aussi le siége de mouvements désordonnés, tantôt elle est serrée, tantôt largement ouverte, les lèvres s'allongent, se raccourcissent. Il y en a chez lesquels le rire est prédominant, chez d'autres c'est l'expression des pleurs. La tête en totalité peut être portée en arrière, et si fort qu'il semble que les malades peuvent voir par derrière; elle peut être portée en avant, de côté et d'autre; dans un cas, la tête venait pendant des heures frapper une épaule comme un marteau. Dans d'autres, on observait un tournoiement de la tête, si rapide, que l'on a cru quelquefois qu'elle roulait entièrement sur son axe. La face est dans ces cas d'une expression horrible. Le cou peut prendre mille directions.

Aux membres. Ils peuvent être le siége des mouvements les plus désordonnés, et l'imagination ne pourrait vraiment pas en concevoir la réalité; quelques malades se frappent les mains, les membres ; d'autres frappent tous les objets près d'eux. D'autres ont l'air de frapper des corps en l'air, d'autres étendent les bras comme les nageurs. Chez un individu, les épaules se soulevaient comme chez un oiseau qui va s'envoler. Chez un autre, les deux bras étaient agités d'un mouvement en fronde. On en voit qui veulent saisir un objet et dont les mains se portent ailleurs que vers l'objet, d'autres qui saisissent les objets, mais qui les portent ailleurs que là où ils veulent. Il y en a qui portent la main aux cheveux, et qui se les arrachent, quoi qu'on fasse.

Membres inférieurs. On en voit dont les membres sont jetés comme ceux des pantins qui se plient quelquefois des façons les plus bizarres. Viennent-ils à marcher, les uns seront obligés de décrire une courbe, d'autres croiront toujours tomber; d'autres veulent marcher, ils ne peuvent que sauter. Il y en a qui boitent, quelques autres ont une tendance singulière à courir toujours devant eux.

Au tronc. Soit que les malades soient couchés ou non, ils sont en proie aux contorsions les plus bizarres. Il y en a chez lesquels on voit une roideur tétanique; d'autres chez lesquels le tronc se courbe. M. Bailly a cité l'exemple d'une fille qui se frappait la tête, la poitrine, les épaules, elle faisait la bascule et des culbutes.

Les muscles de la langue se convulsent aussi; cet organe peut être porté hors de la bouche, il peut heurter contre les parois buccales; les malades peuvent devenir muets.

Les muscles du pharynx peuvent être le siége de convulsions, d'où difficulté ou impossibilité de la déglutition.

Les muscles du larynx sont dans le même cas, et les malades poussent des cris irrésistibles. Il y a d'autres fois dyspnée et quelquefois asphyxie (Voyez tome VIII des *Archives*).

La respiration peut être notablement gênée. Les malades peuvent rendre involontairement les urines et les matières fécales.

La sensibilité ainsi que l'intelligence peuvent rester intactes, et c'est là le cas le plus commun ; mais lorsque la maladie persiste longtemps il peut survenir des désordres de l'intelligence; en général, les malades sont susceptibles, capricieux, irascibles; à la moindre émotion on les voit pleurer et pousser des cris.

Les fonctions nutritives sont ordinairement intactes.

L'invasion peut être subite. Dans d'autres cas, il y a des prodrômes. Les enfants changent de caractère, ils deviennent tristes et moroses, cherchent la solitude, sans motifs ils rient, bien plus souvent ils pleurent; on en voit qui poussent de profonds soupirs. Ils ont ordinairement la tympanite, des douleurs articulaires; ils ont des palpitations, des tremblements de mains, des grimaces, des tics, ils ont quelquefois la voix rauque, il font des chutes fréquentes.

La marche est ordinairement continue; elle peut être rémittente ou irrégulièrement intermittente.

Elle peut récidiver.

Elle est moins prononcée, et souvent interrompue pendant le sommeil.

Les distractions, quelquefois les émotions fortes diminuent la maladie. M. Serres a cité le cas d'un individu dont la chorée était suspendue par un accès de colère.

Durée. Variable. Chez certains individus elle dure quelques jours, chez d'autres quelques mois, chez quelques-uns des années; chez ceux-là ordinairement l'intelligence s'altère.

Elle peut se terminer par le retour à la santé, ce qui est le cas le plus commun.

Elle peut se changer en une autre maladie, l'épilepsie surtout.

Traitement. Les méthodes de traitement

employées contre la chorée sont fort nombreuses, et toutes s'autorisent de succès : nous allons rapidement les passer en revue.

Les médecins qui, comme Sydenham, croyaient que c'était l'humeur qui produisait cette affection en irritant les nerfs, donnaient les purgatifs plus ou moins répétés auxquels ils joignaient les saignées.

Cullen voulait qu'on réservât les saignées pour les malades pléthoriques, et proscrivait les purgatifs lorsqu'il existait de la faiblesse ; dans ce cas il prescrivait le quinquina et les furrugineux.

Bouteille prescrit deux ou trois saignées au plus, chacune de quatre onces de sang et rarement de six.

M. Serres conseille, dans la chorée récente, l'application de sangsues à la partie supérieure de la région cervicale, et au pourtour de l'occipital.

M. Guersent proscrit formellement l'emploi des émissions sanguines, qu'il croit très-rarement indiqué dans cette maladie, et dont presque toujours il n'a vu résulter que des inconvénients.

Le docteur Peltz au contraire, qui regarde la chorée comme une inflammation de l'arachnoïde, propose dans la forme aiguë les applications réitérées de sangsues aux tempes, les purgatifs et les pédiluves sinapisés. La teinture d'iode lui a, dit-il, réussi dans la forme chronique.

Le docteur Prichard et M. Richerand emploient, après les sangsues, des vésicatoires et des cautères le long du rachis.

M. Chrétien, de Montpellier, cite cinq ou six observations de guérisons obtenues sous l'influence de frictions faites le long de l'épine avec le liniment suivant, désigné sous le nom de liniment de Rosen : esprit de genièvre, deux onces; huile de girofle et baume de muscade, de chaque un demi-gros.

La pommade émétisée employée en frictions sur le cuir chevelu, ou le long de la colonne vertébrale paraît avoir réussi à plusieurs médecins.

MM. Guersent, Chapman et Hamilton, ont employé avec succès les purgatifs plus ou moins énergiques.

M. Breschet s'est bien trouvé de la médication suivante : il administre le tartre stibié à la dose de 4, 6 ou 8 grains au plus, toujours associé à l'opium et incorporé dans une infusion très-aromatique pour éviter le vomissement. En même temps, il donne des pilules composées d'aloès ou de gomme-gutte, de scammonée et de jalap. Ces pilules sont de trois grains : il commence par une et augmente successivement, en en faisant prendre une de trois en trois heures. La valériane, l'assa-fœtida, tous les narcotiques et les antispasmodiques, le camphre, l'oxyde de zinc, l'oxyde de cuivre ammoniacal, la solution ammoniacale de Pearson, le nitrate d'argent, les préparations mercurielles, le sulfate de quinine, les cantharides, ont été employés et préconisés par un grand nombre de médecins

M. Elliotson prétend que le sous-carbonate de fer administré dans une centaine de cas n'a jamais échoué lorsque la chorée était récente, que les malades étaient jeunes et de bonne constitution. M. Baudelocque a aussi administré ce médicament, et dit s'en être bien trouvé.

Les bains froids ont été longtemps employés, et on y avait renoncé quand ils ont été de nouveau préconisés par Dupuytren, qui enseignait qu'il n'y avait pas de chorée qui leur résistât. Il les donnait aussi par surprises. Les douches, les affusions froides, les bains tièdes, les bains de mer ou de rivière, la natation, la gymnastique et tous les exercices du corps ont été employés avec des succès divers.

Enfin, pour terminer cette énumération, M. Baudelocque a le premier conseillé les *bains sulfureux*, et ce praticien en a obtenu des succès incontestables. Dans l'espace de cinq mois, 27 malades furent soumis à leur usage, et 25 fois la guérison eut lieu.

Ils sont donnés tous les jours, le dimanche excepté : leur durée est d'environ une heure.

DU TREMBLEMENT.

Cette maladie, qui est très-commune, a été à peine indiquée par les auteurs. Elle consiste dans une modification telle du système musculaire, qu'une partie des muscles du corps, ou tous ensemble, sont pris de tremblement.

Ce tremblement peut survenir sous l'influence des causes les plus diverses.

Il peut être le résultat de certains actes cérébraux, tels qu'une passion vive, une émotion, une colère violente, une vive frayeur.

Il est d'autres causes qui agissent en perturbant ou en affaiblissant le système nerveux ; et de toutes ces causes, la plus puissante est la masturbation. Il arrive souvent après les fortes maladies aiguës, après les hémorragies considérables.

C'est sous l'influence de cette diminution de l'influx nerveux que se produit ce tremblement connu sous le nom de tremblement sénile, tremblement qui peut apparaître à une époque peu avancée de la vie.

Il est des causes qui résident dans les muscles eux-mêmes. Ainsi il survient quelquefois après de grandes fatigues musculaires.

On a vu des femmes être prises du tremblement à chaque retour des règles.

On l'a vu survenir, chez quelques individus, après la suppression de quelques sécrétions habituelles.

Parmi les causes extérieures, les violences sur la colonne vertébrale, les températures basses, etc., certaines substances, telles que l'abus du café, du thé, quelquefois de l'opium.

On a dit aussi, mais ce n'est pas prouvé, qu'il survenait souvent chez les ouvriers employés dans les manufactures de tabac.

Il survient très-communément après l'inspiration de vapeurs mercurielles. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les vapeurs mercurielles respirées ne déterminent pas la salivation, mais le tremblement; tandis que le mercure, soit ingéré dans l'estomac, soit absorbé par frictions, détermine la salivation et non le tremblement. Cependant on a cité quelques cas très-rares où le tremblement était survenu, le mercure ayant été pris par ce dernier moyen.

Il est quelquefois survenu, les individus ayant été soumis à l'influence des préparations de plomb.

Toutes ces causes diverses n'expliquent rien et ne nous apprennent rien sur la nature de cette maladie; car qu'y a-t-il de commun entre elles?

Voyez encore chez les malades atteints de fièvres graves, à mesure qu'ils s'affaiblissent et qu'il se prostrent, voyez comme le tremblement survient, et comme il devient de plus en plus fort. Et ceci est un phénomène important à noter, car lorsque ce tremblement est arrivé, c'est un indice certain qu'il ne faut plus faire d'évacuations sanguines.

Il est des cas où un tremblement partiel se manifeste. On voit des individus chez lesquels le poids le plus léger, un canif, une plume, etc., déterminent le tremblement de la main.

Symptômes. Le nom de la maladie les indique.

Il peut être général, ce qui est rare, ou partiel, ce qui est beaucoup plus commun. Chez les vieillards il est borné à la tête. Il peut l'être à quelques muscles de la face.

Il est beaucoup plus fréquent aux membres, surtout aux supérieurs. Il peut être borné à un bras, à une main.

Chez quelques individus il existe à l'état de repos et d'activité. Chez d'autres, l'état de repos le suspend.

Il peut être prériodique ou continu.

Durée. Une fois produit, il peut ne plus cesser, comme aussi il peut cesser, et alors sa durée est aussi variable que les causes qui l'ont produit. S'il est dû à une émotion, il est peu durable; il l'est plus, au contraire, s'il a été produit par une hémorragie. Il survit longtemps s'il est dû à la peur. La durée du tremblement mercuriel n'est pas limitée; elle dépend du temps où l'individu aura été soumis à la cause. Dans un cas cité par M. Foville, et où le tremblement fut dû au mercure pris et non respiré, il dura huit mois.

Le traitement doit varier selon les causes qui l'ont produit. On peut employer plusieurs méthodes, qui se résument en excitante, débilitante, perturbatrice.

Si ce tremblement a un siége, et toute lésion de fonction doit avoir une lésion d'organe, ce siége doit être dans la moelle épinière. Il suit de là que c'est vers ce point qu'il faudra quelquefois agir. Des vésicatoires, des applications chaudes, le repassage sur la colonne vertébrale mis en usage pour le choléra, pourront être utiles. Certaines substances qui agissent sur la moelle, telles que la noix vomique et la strychnine, pourront être convenablement employées.

Quant au traitement du tremblement mercuriel, il s'agit souvent d'éloigner la cause pour le guérir. En général on prescrit une diète lactée, des bains tièdes. Les purgatifs ont été employés souvent avec succès. On s'est aussi servi des antispasmodiques. Mais ce qui a été le plus souvent employé, c'est la décoction des quatre bois sudorifiques associée aux bains de vapeurs.

Plusieurs médecins allemands administrent le soufre. Après un régime doux et quelques purgatifs, ils donnent un scrupule de fleurs de soufre uni à un scrupule de nitrate de potasse.

Dans le tremblement purement nerveux, on s'est bien trouvé des bains sulfureux.

Affections qui consistent en mouvements désordonnés, ou contractions permanentes de certains muscles.

D'abord on peut observer des mouvements convulsifs isolés, et dont le point de départ est dans le muscle même. C'est ainsi que les paupières peuvent être le siége de petites convulsions désignées sous le nom de clignotement; ces convulsions peuvent se montrer aux autres muscles de la face, dans le tendon des muscles (soubresaut des tendons), quelquefois dans le corps charnu des muscles (palpitations musculaires), il est quelquefois plus général. M. Desalleurs fils a cité, dans le tome XIX des *Archives de médecine*, l'observation d'une fille de 26 ans qui, pendant la convalescence d'une fièvre grave, fut prise d'un mouvement continuel de flexion et d'extension de la jambe gauche. Cette affection dura 5 ans, au bout de ce temps les yeux rougirent, s'enflammèrent, une ophthalmie aiguë se déclara, qui fut remplacée par une palpébrite chronique. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que lorsque des phénomènes morbides se déclarèrent aux yeux, ceux de la jambe cessèrent.

Il existe des cas rares où tous les muscles

du corps participaient à un mouvement désordonné. Une femme, âgée de trente-deux ans. éprouvait de cinq en cinq minutes un mouvement d'extension subit, complet de tout le corps. L'observateur ne pouvait pas mieux comparer ce qui se passait dans cette femme qu'à la commotion qu'on éprouve par une forte décharge électrique. Il n'y avait au reste aucun trouble de l'intelligence et de la sensibilité. Cette affection dura deux ans, au bout desquels et après avoir essayé de toute espèce de moyens, on fit des frictions avec la pommade stibiée, ces frictions déterminèrent une éruption ; en même temps on donna pendant quelques jours six grains de sulfate de quinine. L'affection céda à ce traitement.

Tout cela se passe plus souvent dans un certain nombre de muscles, les autres y restant étrangers. Il en résulte changement de forme, de situation, de rapport. On l'a d'abord observé à la face : de là une grimace permanente, surtout distorsion de la bouche. Il est très-important de savoir cela pour ne pas s'en laisser imposer; car la déviation de la bouche étant un symptôme de maladies graves, il faut savoir que cette déviation peut être due à d'autres causes. C'est quelquefois le muscle élévateur de la mâchoire inférieure, qui présente cette contraction; plus rarement ce sont les muscles abaisseurs : alors tout à coup la bouche s'ouvre grandement, et les efforts qu'on fait pour la fermer sont vains. J'ai vu un cas de ce genre dans la convalescence d'une pleurésie. C'est tantôt aux muscles du cou qu'est bornée cette contraction : le torticolis peut dépendre de cette cause. On trouve des faits de ce genre dans le tome III de la *Gazette médicale*.

Contraction des muscles des membres supérieurs. Ici il y a des cas où l'on a vu tout à coup les épaules s'élever de manière à déterminer la distorsion. Ces cas, on les a observés chez des jeunes filles à l'époque de leur menstruation. Cette distorsion, au lieu de venir tout à coup, peut venir graduellement. Dans d'autres cas, la contraction a eu lieu dans les muscles fléchisseurs : d'où flexion de l'avant-bras sur le bras, et de la main sur l'avant-bras. On trouve un certain nombre de faits de ce genre dans le tome VIII du *Journal hebdomadaire*. On voit d'abord que ces cas sont relatifs à de jeunes sujets de quatre à seize ans ; ce sont des filles en général. Dans tous, les accidents sont survenus au milieu de la santé. Les individus ont commencé à ressentir un picotement ou un engourdissement ; puis est survenue une crampe qui s'étendait du coude à l'extrémité de la main. Puis arrivait la contracture dont nous avons parlé. Si l'on voulait ramener les muscles à leur situation naturelle, on éprouvait une grande résistance ; et si on faisait des efforts, on faisait éprouver une vive douleur. La durée a été variable, depuis quelques minutes jusqu'à quelques heures, un jour, même plusieurs jours. Il y a eu des cas où ces phénomènes ont disparu, pour revenir plus ou moins longtemps après.

Aux membres inférieurs. — Mêmes phénomènes à peu près. Le cas le plus singulier est celui donné par M. Fallot, dans le *Journal complémentaire*, année 1829. Une fille de dix-neuf ans eut une suppression de règles à la suite d'une frayeur. Elle fut prise, chaque mois après et à peu près à l'époque où ses règles devaient venir, d'une contraction spasmodique des membres inférieurs. La flexion des jambes sur la cuisse était si forte, que les talons venaient toucher les fesses. Dans l'intervalle il y avait santé parfaite. Dira-t-on qu'il y avait là congestion? Ce qu'il y a de certain, c'est que les règles ayant reparu, les convulsions cessèrent.

Les muscles du tronc. Les convulsions ou les contractions peuvent se fixer sur les muscles qui vont du tronc aux membres supérieurs; de là, différents mouvements à ces membres. J'ai vu une jeune fille dont les deux bras s'étaient subitement rapprochés du tronc; ceux qui vont du tronc aux membres inférieurs, et ces mouvements peuvent simuler des luxations diverses. On a vu des individus, bien portants jusque-là, être pris tout à coup d'un raccourcissement d'un des membres inférieurs. Ce raccourcissement peut être étendu d'un demi-pouce à deux pouces. En pareil cas, il est important de mesurer la distance qu'il y a de la rotule à l'épine iliaque antérieure et supérieure; de mesurer la distance qu'il y a entre la crête iliaque et les côtes; voir si cette distance est égale des deux côtés. La direction du membre peut être normale; le pied peut être porté en dedans. Ce raccourcissement cesse en général quand on fait coucher le malade. Il cesse aussi par une forte traction sur le membre. En le palpant, on le trouve gonflé et douloureux, douleur qui se rapproche des crampes ou des rhumatismes.

Tantôt il est permanent; tantôt il va et vient.

Il y a des cas où les deux membres sont simultanément atteints, d'autres cas où c'est aujourd'hui un membre, demain un autre. Ce caractère, quand il existe, suffira pour le distinguer des luxations. C'est surtout avec les luxations de la symphyse pubienne qu'on pourrait le confondre.

Durée. Très-variable : tantôt quelques heures, tantôt plusieurs jours, même plusieurs mois.

L'invasion peut être brusque; d'autres fois elle est lente et graduelle.

Quelques circonstances peuvent coïncider avec ces contractures : la plus fréquente est

le rhumatisme. Dans un cas cité, le malade devenait maigre, dépérissait, avait la fièvre et une légère diarrhée. On découvrit qu'il se livrait à l'onanisme avec fureur.

Dans d'autres cas il n'y a pas de circonstance appréciable. J'ai vu à la Charité un cas où cette maladie ne fut qu'un des accidents d'une affection nerveuse générale. Une femme, âgée de trente-sept ans, ayant eu une aliénation mentale, entra à la Charité, accusant des étouffements et des palpitations, de telle sorte qu'on pouvait soupçonner un anévrisme du cœur. Peu à peu les symptômes du côté du cœur disparurent. Elle fut prise en même temps d'une douleur atroce à la tête, douleur que nous avons nommée clou hystérique. Cette douleur disparut elle-même pour faire place à une douleur vive et poignante dans la poitrine. Tout cela disparut, et on reconnut une paralysie du membre thoracique droit. L'intelligence était parfaite. Cette paralysie disparut pour être remplacée par une extension subite et permanente de ce membre droit, et enfin raccourcissement du même membre. En même temps anesthésie de quelques parties de la peau. Au bout de quelques jours, ce raccourcissement cessa; rien de nerveux ne se manifesta. La malade sortit guérie.

Je ne vois pas que jusqu'à présent on ait constaté de raccourcissement spasmodique chez des hommes; c'est toujours chez des femmes. Les plus jeunes avaient treize ans, les plus âgées trente-sept ans.

Voyez sur cette affection Piorry, *Recueil de la Société de Médecine de Paris*, t. LXIV;
Thèse, 1829, par Tibel;
Dalmas, *Journal hebdomadaire*, t. Ier.

Traitement. Tout ce qui convient aux maladies nerveuses déjà exposées. On peut plonger les malades dans des bains dont on variera la température, douches, frictions de belladone et d'axonge; lotions avec une solution de cyanure de potassium. Les moxas ont très-souvent réussi.

Rire nerveux ou convulsif. Dans le t. XVII des *Archives*, il y a une observation d'une jeune fille qui fut prise d'un rire convulsif inextinguible. Le médecin lui plaça un bandeau sur les yeux; le rire cessa.

Éternûment. On voit des individus chez lesquels il dure si longtemps, qu'il devient inquiétant. Dans le t. XXIII de la *Bibliothèque médicale*, on cite l'exemple d'une jeune fille de vingt-un ans prise d'un éternûment qui dura onze jours. On la fit vomir, elle fut guérie.

Hoquet. Contraction subite du diaphragme, accompagnée de l'introduction bruyante de l'air par l'ouverture rétrécie de la glotte. Il se montre quelquefois comme symptôme de certaines maladies graves, dans certains cas de péritonite, de pleurésie, de blessures du diaphragme. Nous n'avons à nous occuper ici que du hoquet spasmodique.

Ce hoquet, seul phénomène morbide, peut survenir sans cause connue, dans le cours d'une affection nerveuse. On l'a vu survenir par imitation. Il peut durer plusieurs jours, ou plus longtemps encore : il y a des cas de durée d'un mois, six mois, treize mois, dix-huit mois, quatre à cinq ans. Lorqu'il dure ainsi, l'individu s'y habitue.

Il est des cas où il est accompagné de symptômes graves. Les malades sont tourmentés d'une douleur vive à la région du diaphragme. Veulent-ils manger, le hoquet survient après le repas, et si fort qu'il provoque des vomissements. Veulent-ils parler, le hoquet arrive aussitôt. En un mot, tout ce qui agit sur les nerfs est cause du hoquet; et comme l'individu vomit, la nutrition ne s'opère pas, il maigrit et dépérit.

Voici un cas tellement bizarre, qu'il ne mériterait pas croyance, s'il n'avait eu pour témoin un homme digne de foi, le docteur Hellis de Rouen.

Un enfant de sept ans, fils de fermier, éprouve au dos un sentiment particulier qu'il compare au frottement d'un corps soyeux. Partie du dos, cette sensation monte à l'épigastre, et arrivée là, le hoquet survient. Ce phénomène dura trois ans. A cette époque cette sensation franchit l'épigastre, va au cou, et se répand dans toutes les parties du corps. Longtemps concentrée au tronc, elle le quitte, arrive aux membres supérieurs et descend, comme un chatouillement, jusqu'aux doigts, et arrivée là, le hoquet commence. Un jour, machinalement, l'individu ferme la main; le hoquet ne survient pas. Cela dura ainsi neuf ans, et si le malade oubliait de fermer la main, le hoquet survenait. Le hoquet survenu, en serrant la main, il le suspendait. C'est dans ces circonstances qu'il fut soumis aux soins du docteur Hellis. Il appliqua une ligature au poignet, qui ne produisit rien. Quelques phénomènes survinrent pendant deux ans, après lesquels tout disparut, et des nodosités survinrent aux doigts, comme aux vieux goutteux (Tome II, 1825, *Revue médicale*).

Traitement. Moyens moraux; usage des boissons froides, acides; glace, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; substances excitantes, musc, castoréum. Dupuytren en a guéri un cas par l'application du cautère actuel sur l'épigastre.

2e *Espèce.* — ABOLITION DU MOUVEMENT.

De la paralysie.

La paralysie est, dans un grand nombre de cas, le résultat des lésions que nous avons déjà étudiées. Peut-elle exister indépendamment de ces lésions? Oui; l'observation a démontré que la paralysie pouvait constituer à

elle seule une lésion spéciale; en d'autres termes, qu'elle n'était point toujours symptomatique, mais que quelquefois elle était idiopathique.

On peut prouver que la paralysie est, dans certaines circonstances, idiopathique, par l'anatomie pathologique, par les symptômes qu'elle détermine, enfin par le traitement qu'on lui oppose avec succès.

Un des travaux les plus remarquables qui aient été faits sur ce sujet, est celui de M. Lélut, médecin de Bicêtre. A l'ouverture des corps d'individus morts paralytiques, il n'a absolument trouvé aucune lésion appréciable, qui pût rendre compte de la paralysie. D'autres observateurs ont cité des cas semblables où les centres nerveux et les cordons nerveux étaient exempts de toute altération. Il est donc admis aujourd'hui dans la science, que la paralysie peut exister sans laisser de lésion appréciable sur le cadavre.

Pour les symptômes, très-souvent le trouble du mouvement est le seul qui existe; mais cette circonstance n'est point suffisante. Ce qui est plus important à prendre en considération, c'est la marche de la paralysie. Il y a des paralysies qui vont et viennent; elles sont inconstantes, mobiles, fugitives. Or, rien de semblable ne s'observe dans les paralysies qui sont sous l'influence d'une lésion organique.

Les causes de ces paralysies sont très-diverses. Il en est qui succèdent à des névralgies. Ainsi, dans une partie ayant été plus ou moins longtemps le siége d'une névralgie, la paralysie peut succéder à cette dernière lésion. Le rhumatisme musculaire peut être également remplacé par la paralysie. Cette observation n'avait point échappé aux anciens médecins, qui nous en ont transmis plusieurs exemples dans leurs ouvrages.

Dans les Indes orientales, sur les bords du Gange, et dans un pays peu éloigné de nous, en Espagne, règne une maladie épidémique intermittente qui affecte les membres et l'intestin en même temps, en les frappant de paralysie. On appelle cette affection du nom de *beriberi*. Les Anglais nous ont transmis des volumes sur cette maladie, dont ils n'ont éclairé, il faut le dire, ni l'étiologie ni le traitement. Elle règne aussi dans les pays froids de l'Orient. Dans nos pays on observe quelque chose d'analogue après un saisissement subit par le froid.

Il y a des substances qui, ingérées dans l'économie et absorbées, ont la propriété de déterminer la paralysie. Dans ce cas est le plomb, qui produit la paralysie des membres supérieurs. Toutes les préparations saturnines sont dans le même cas. Il est probable que l'altération que détermine ce métal s'exerce sur la fibre musculaire.

Les émotions fortes peuvent déterminer la paralysie sans qu'il y ait lésion des centres nerveux. Sous cette influence on peut voir survenir la paralysie de la langue, la paralysie de la face. La paralysie de la langue, par exemple, peut disparaître presque aussitôt qu'elle est survenue; elle peut même disparaître sous l'influence d'une autre émotion. Souvent, dans ces cas, en soumettant l'individu à l'influence de l'électricité, la paralysie peut disparaître instantanément. Mais retenez bien que ce n'est que dans le cas de paralysie sans lésion pathologique. J'ai vu des cas où, à l'instant même qu'un courant galvanique traversait la langue, la parole revenait. Ces cas de paralysie instantanée, sous l'influence d'une cause morale, ne rappellent-ils pas la syncope déterminée par l'annonce d'une triste nouvelle ou d'une forte émotion?

Je connais un cas dans lequel il s'agit d'une jeune personne paralysée depuis longtemps des membres, qui a recouvré le mouvement sous l'influence du magnétisme animal. Mais il importe de remarquer que cette jeune fille avait l'imagination très-vive, et qu'il peut n'y avoir eu dans ce cas qu'un effet moral. Ici, je note un fait, me réservant de traiter à fond la question du magnétisme animal.

Au reste, plus on remonte dans le passé, plus on rencontre de ces faits remarquables de guérisons de la paralysie par des moyens très-curieux, et qui se rapprochent plus ou moins du magnétisme. Il existe un livre imprimé dans le XVIIIe siècle, où sont consignés tous les faits extraordinaires de paralysies guéries. Je ne veux vous en citer qu'un, et remarquez bien qu'ici nous ne voyons les circonstances de cette guérison qu'en physiologiste et en pathologiste.

Une demoiselle, Louise Hardouin, était paralytique depuis fort longtemps. En 1723, quatre médecins constatent sa paralysie, et la déclarent incurable. A cette époque, se passaient les célèbres miracles du diacre Pâris. La malade voulut aller à son tombeau, et avant d'y aller, elle fait constater le fait de la paralysie par des témoins, dont le principal était un M. Parent, juge à la cour des comptes. Cette demoiselle ne pouvait même pas marcher avec des béquilles; on la roulait dans un fauteuil. Placée sur le tombeau du diacre Pâris, elle se sent guérie, sort de l'église Saint-Médard, sans aide, va jusque chez elle, rue Geoffroy-Lasnier, et monte au second étage. Voilà un fait, s'il est authentique, qui prouve que le trouble fonctionnel peut ne pas être en rapport avec la lésion organique, et que la maladie que nous étudions peut être produite par une lésion matérielle autre que celle que, dans l'état actuel de la science, nous pouvons apprécier par le scalpel.

Cette paralysie peut être partielle ou générale.

Partielle, elle peut être bornée aux muscles moteurs de l'œil; de là le strabisme. Après une fièvre typhoïde grave, on voit des individus être pris de strabisme. J'ai ouvert une femme qui avait présenté cette circonstance; mais je n'ai trouvé aucune altération qui pût expliquer le strabisme.

La paralysie peut affecter les muscles de la face, la langue. Elle peut frapper un ou plusieurs membres.

Paralysie de la face. Elle a son siége dans le nerf facial qui, comme on le sait, résulte de la cinquième paire et de la portion dure de la septième paire. Cette septième paire est spécialement destinée au mouvement des muscles de la face, tandis que la cinquième préside à la sensibilité.

Les lésions les plus diverses du nerf lui-même ou des parties qu'il traverse, peuvent produire cette paralysie.

Elle débute ordinairement d'une manière subite: la bouche se dévie subitement, et, dans la plupart des cas, c'est en s'éveillant que les malades s'aperçoivent de cette déviation. Cette paralysie commence le plus souvent à partir du trou stylo-mastoïdien. Elle a pour résultat d'arrêter les mouvements du muscle buccinateur qui ne se contracte plus. L'action de siffler est impossible; les paupières ne peuvent plus se fermer, si ce n'est pendant le sommeil: phénomène dû alors au relâchement du muscle élévateur de la paupière supérieure. Le muscle sourcilier; le muscle frontal sont frappés de paralysie; les mouvements de la langue restent intacts; l'œil est rouge, larmoyant, parce que les paupières ne peuvent essuyer le globe oculaire.

Les causes occasionnelles de cette affection sont fort obscures. On l'a vue survenir après une impression du froid.

La durée est variable; elle cesse quelquefois après quelques jours; dans d'autres circonstances elle se prolonge plus ou moins longtemps.

Traitement. Des traitements divers ont été essayés contre cette paralysie. On a appliqué des vésicatoires et des moxas sur la face. On a fait usage de courants électriques. Le docteur Montault qui a fait un travail estimable sur cette paralysie, a prouvé par des observations que cette paralysie pouvait disparaître spontanément, et sans qu'on ait besoin de recourir à des moyens thérapeutiques.

IVe CLASSE. — NÉVROSES AYANT LEUR SIÉGE DANS LES ORGANES DE LA VIE DE NUTRITION ET DANS LES ORGANES GÉNITAUX.

Nous avons traité, d'une manière spéciale, de ces névroses dans les deux premiers volumes de cet ouvrage. Nous allons n'en présenter qu'un tableau général.

Il importe d'abord de reconnaître que la condition générale de leur développement n'est pas constante. Tantôt elles se développent sous un état de pléthore et d'excitation générale, tantôt, au contraire, c'est sous l'influence d'une grande faiblesse, d'épuisement nerveux ou sanguin. Remarquons aussi que la plupart de ces névroses peuvent finir par devenir des lésions plus graves, et qu'une simple gastralgie ou de simples palpitations du cœur peuvent, à la longue, se terminer par un cancer de l'estomac, ou par une hypertrophie du cœur. Par contre, une véritable gastrite chronique peut se transformer en gastralgie.

Névroses des organes de la digestion. Elles peuvent être caractérisées par une lésion de la sensibilité, se traduisant par la douleur qui entraîne une altération de la digestion. Quelquefois c'est un trouble dans le mouvement péristaltique de la tunique musculaire des intestins, qui peut produire des accidents simulant ceux de l'étranglement interne. Ces accidents ont reçu le nom particulier de *globe antipéristaltique,* et s'accompagnent de vomissements nerveux. D'autres fois, c'est par la diminution des contractions de la tunique musculaire. Alors se produit la dyspepsie avec toutes les variétés que nous avons déjà indiquées.

Névroses des organes de la circulation. Du côté du cœur il peut y avoir douleur produite par une simple névralgie, par lésion des mouvements du cœur. Ainsi peuvent avoir lieu des battements trop forts, trop rapides, trop faibles ou trop lents. La syncope peut être produite par suspension des battements du cœur. Du côté des vaisseaux, il est fort difficile d'admettre, dans l'état actuel de la science, des névroses des artères, quoique M. le professeur Dugès ait décrit ces lésions sous le nom de *névrartères.* Les capillaires sont susceptibles de changements remarquables; ainsi se produisent la rougeur et la pâleur de la face. Il est évident que dans ce cas la circulation capillaire est sous l'influence de l'action nerveuse. Ne peut-on pas admettre aussi qu'une sorte de circulation fébrile puisse résulter d'une altération dans la calorification? Or, la calorification est évidemment sous l'influence du système nerveux, et il peut y avoir des névroses caractérisées par cette simple altération de la calorification.

Névroses des organes de la respiration. Nous avons vu qu'il existe des dyspnées purement nerveuses. Le siége des lésions qui produisent ces dyspnées peut être dans les muscles thoraciques, dans les muscles du larynx, ou dans les vésicules pulmonaires. La toux est souvent aussi un résultat purement nerveux.

Névroses des organes des sécrétions. Une émotion morale peut provoquer la suppres-

sion de la transpiration. La matière colorante, sous ces mêmes influences, peut être modifiée, et les cheveux peuvent blanchir subitement ou tomber. Nous avons déjà dit les troubles fonctionnels nombreux dont les membranes muqueuses peuvent être le siége. Il en est de même des glandes ; ainsi peut avoir lieu une sécrétion abondante des larmes, de la salive, etc. Un objet dégoûtant augmente singulièrement la sécrétion de la salive. Tout le monde sait que des influences morales énergiques peuvent augmenter la sécrétion biliaire. Le même effet se produit sur la sécrétion de l'urine. Dans certaines circonstances ce liquide a un aspect remarquable que l'on a désigné sous le nom d'*urine nerveuse*. Ainsi la pâleur des urines chez les hystériques est un fait d'observation vulgaire.

Enfin la *caloricité*, ce grand acte vital, est encore notablement influencée par le système nerveux.

Ve CLASSE. — LÉSIONS DE LA FORCE VITALE.

L'organisation de l'homme nous apparaît sous quatre manières d'être bien différentes : il y a d'abord l'état normal où toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité; il y a un autre état où l'énergie des fonctions est trop grande ; il y en a un autre où elle est trop faible ; enfin dans un quatrième cas il y a perversion dans les fonctions toutes les forces partielles qui président à la vie d'ensemble, se réunissent pour former une force unique qui constitue un des quatre états que nous venons d'énumérer. Cette force nous ne pouvons mieux la représenter qu'en la comparant à la puissance électrique qui, pour produire des effets sensibles, a besoin que les deux fluides de nom opposé se combinent. Voilà pour nous ce que c'est que la *force vitale*, que nous considérons comme un fait, sans avoir égard à sa nature ni aux actions partielles qui la déterminent. Il est, en effet, une force qui tend à ramener l'économie animale à son état normal, ou à l'y maintenir quand elle le possède. Dans le premier des quatre cas que nous allons passer en revue, il y a *santé;* nous ne nous en occuperons pas : ce premier mode est étranger à notre sujet. Le second est désigné par le mot *hypersthénie ;* le troisième par le mot *asthénie*, et le quatrième par celui d'*ataxie*.

HYPERSTHÉNIE.

C'est un état dans lequel la puissance qui coordonne les mouvements nutritifs s'exerce avec trop d'énergie. Cet état seul peut créer une condition morbide, sans qu'il y ait existence de lésion prédisponsante. Ainsi surviennent des troubles nerveux variables, des palpitations de cœur. Alors aussi les sympathies organiques se développent avec force, et un mouvement fébrile s'allume avec facilité. C'est cet état qui constitue surtout la *fièvre inflammatoire* de Pinel. Dans cette condition hypersthénique, les lésions organiques existantes sont singulièrement modifiées ; et le traitement qu'on leur oppose doit aussi se modifier. Tant il est vrai, qu'en toutes circonstances, l'état général de l'organisme influe sur l'état local.

ASTHÉNIE.

L'asthénie a aussi été désignée par les mots *hyposthénie* et *adynamie*. La valeur scientifique de ces expressions est la même.

Cet état d'asthénie peut être primordial et l'individu l'apporter en venant au monde : c'est l'asthénie congéniale. Il peut aussi se développer accidentellement, et cela sous des influences diverses.

Une excitation longtemps soutenue a pour effet de produire l'épuisement de l'innervation. De là résultent une foule de désordres qui constituent un mode vicieux d'accomplissement de toutes les fonctions. Les différentes conditions que le sang peut présenter peuvent produire aussi ce mode imparfait d'accomplissement de toutes les fonctions. Tel est le résultat de l'appauvrissement du sang. Ainsi sont les individus qui, après une perte considérable de sang, tombent dans l'anémie. Ainsi sont les chlorotiques et les individus atteints de scorbut, qui reconnaît pour cause l'insuffisance des substances réparatrices. Alors survient comme conséquence l'affaiblissement du système musculaire.

L'asthénie peut aussi se développer par l'introduction de substances étrangères dans les corps vivants. Certaines substances ont la propriété de déterminer la prostration. Elles agissent probablement en viciant le sang. Tels sont les venins animaux, les poisons, les miasmes pestilentiels, les virus.

Indépendamment de ces causes, l'état asthénique peut être engendré par certaines maladies. Ainsi les typhus, les entérites folliculeuses produisent souvent un état de prostration extrême. Les maladies chroniques produisent aussi, au bout d'un certain temps, l'asthénie. Il y a, au reste, des différences à ce sujet, selon les maladies et selon les individus. Ainsi on voit des phthisiques, avec des cavernes évidentes, ne tomber que fort tard dans l'asthénie. On voit d'autres individus qui tombent dans une prostration complète dès le début d'une affection légère qui exigera; pour la reconnaître, la plus grande attention.

Quelle que soit sa cause, l'asthénie peut entraîner des états différents de l'économie. Elle peut exister avec la santé ; à elle seule elle peut constituer une maladie. Elle peut compliquer des lésions quelconques.

1er cas. — Elle peut exister avec un certain

état de santé. Dans ces circonstances, les individus ont un aspect de langueur générale; leur digestion est difficile; le cœur éprouve des palpitations. Un des traits qui caractérise cet état, c'est la difficulté de supporter des températures extrêmes. Ainsi un froid intense ou une grande chaleur sont également insupportables pour ces individus. Une température moyenne leur est au contraire favorable. Si ces individus se fatiguent d'une manière quelconque, la fièvre arrive aussitôt. La durée de cette fièvre est variable; elle cesse ordinairement par le repos. Ces individus supportent très-mal les émissions sanguines; et comme ils ont vu qu'elles ne réussissaient pas, leur emploi les jette dans l'angoisse et dans l'abattement, au lieu d'améliorer leur état. Leurs digestions deviennent de plus en plus difficiles, et leurs palpitations augmentent. De ces considérations découle le grand principe de ne jamais rien faire d'important sur un malade, sans s'informer de sa vie antécédente, de sa constitution et de ses habitudes.

2e cas. — Dans ce cas, l'asthénie est par elle-même une maladie, parce qu'elle est tellement prononcée, qu'elle envahit toute l'économie. On voit, en effet, des individus qui ne sont malades que parce qu'ils sont dans un état trop grand de faiblesse. L'appétit est nul; il faut les forcer à prendre des aliments; et la digestion ne se fait bien que lorsqu'on leur administre des toniques. Chez ces individus l'appétit revient à mesure que l'estomac absorbe des matières réparatrices. Les selles sont pâles et rares en général; mais elles peuvent être abondantes et diarrhéiques.

Du côté de la circulation on remarque des palpitations qui s'accroissent à mesure que l'individu est saigné, tandis que les toniques déterminent un effet tout à fait opposé. Le pouls est rare. Si vous pratiquez des émissions sanguines, il devient fréquent. Par l'emploi des substances toniques et nourrissantes, vous déterminez un effet salutaire, et vous les mettez en bonne voie de guérison. On remarque en outre qu'il faut tenir ces malades dans une température assez élevée.

Dans cet état morbide apparaissent souvent des pétéchies et des hémorragies. La circulation est gênée et en rapport avec l'état de la respiration.

Du côté des appareils des sécrétions on voit une facilité remarquable à la transpiration cutanée. Les individus ont, sous ce rapport, beaucoup de ressemblance avec les phthisiques. L'exhalation séreuse augmente quelquefois. Malgré les travaux louables qui ont eu pour but de ramener les hydropisies à une gêne de la circulation veineuse, il faut avouer qu'il y a une cause qui nous échappe, et que ce n'est que par de nouvelles observations qu'on pourra, dans tous les cas, se rendre compte de ce phénomène. L'anasarque des asthéniques n'est pas explicable par les opinions qui ont cours dans la science.

Dans cet état asthénique les individus sont-ils disposés aux inflammations? Oui, sans aucun doute; et à mesure que l'état asthénique va croissant, l'état inflammatoire se développe. Le mot inflammatoin, en effet, est une expression complexe, et les différentes lésions qui représentent un état inflammatoire, correspondent à des causes très-diverses. Dans certains cas le principe de l'inflammation est dans le système nerveux, mais dans d'autres cas ce n'est point à ce système qu'on peut l'attribuer. Je n'en finirais pas, si je voulais énumérer toutes les causes capables de traîner à leur suite l'état inflammatoire. Disons que l'asthénie est dans ce cas, mais que, comme à toutes les maladies qui en résultent, elle lui imprime un caractère spécial sous les rapports de la marche, des symptômes et du traitement. Ne voit-on pas, en effet, la congestion être produite par des maladies très-différentes sous tous les rapports? Observons, par exemple, une stomatite et un scorbut. Dans ces deux maladies les gencives présentent le même gonflement; cependant ces deux affections sont loin d'être de même nature.

L'asthénie peut déterminer certains flux; comme aussi les tubercules peuvent être la conséquence de cet état morbide.

3e cas. — Dans ce cas l'asthénie se développe à propos d'une maladie quelconque, et survient comme complication de cette maladie. Il faut remarquer que la durée plus ou moins longue de la maladie, que les influences climatériques et de température contribuent pour beaucoup au développement de cet état asthénique. C'est dans ces occasions, comme l'a prouvé M. Broussais, que de larges émissions sanguines sont utiles.

4e cas. — Il existe une distribution bizarre de l'état des forces, qui donne lieu à d'autres symptômes et au réveil d'autres sympathies. La marche de ces phénomènes est aussi différente; de là des différences dans le diagnostic et dans le pronostic. C'est dans ce quatrième cas qu'est comprise là maladie maligne des anciens. Et remarquons que ce mot *maligne* n'est pas aussi absurde qu'on le dit, et que, jusqu'à un certain point, il paraît juste, quand on se reporte à l'époque où les anciens médecins ne pouvaient se rendre compte de certains états morbides, et que même ils n'y comprenaient rien. Il est vrai que Sydenham a écrit que ce mot *maligne* avait fait autant de mal au genre humain, que l'invention de la poudre à canon. Mais c'est une exagération de ce grand médecin; car dans le cas dont nous parlons, c'est le système de localisation

qui est absurde au milieu du trouble général de l'économie.

Le traitement de ces différents cas est aussi variable que les nombreux symptômes qui en résultent. On devra prendre en considération les sympathies et la marche de la maladie. En général, on devra faire usage de l'application du froid et des antispasmodiques. Il faudra être avare des émissions sanguines.

VIe CLASSE. — NÉVROSES COMPLEXES, CARACTÉRISÉES PAR UN TROUBLE SIMULTANÉ DE TOUTES LES FONCTIONS.

Les maladies dans lesquelles tous les actes fonctionnels s'altèrent simultanément, constituent un genre particulier de névroses, que nous avons nommées névroses complexes. En effet, dans celles-ci les troubles de l'économie s'observent sur toutes les fonctions du système nerveux. Ces troubles se présentent dans l'ordre suivant :

1° Sur la sensibilité,
2° Sur l'intelligence,
3° Sur le mouvement.

Ces désordres fonctionnels peuvent être divisés en deux groupes, ceux qui se développent artificiellement et ceux qui se développent naturellement.

Dans le premier groupe se placent les désordres des centres nerveux qui se développent sous des influences très-variées ; telles sont l'action de l'opium, qu'il soit administré à l'intérieur, ou qu'il soit appliqué à l'extérieur, l'action des substances délétères et des virus, dont je ne puis ici vous tracer l'histoire.

Dans le deuxième groupe viennent se ranger les différents troubles qui portent sur l'intelligence, sur la sensibilité et sur les mouvements, et qui arrivent subitement.

DE L'APOPLEXIE NERVEUSE.

Vous savez quel sens on doit attacher à ce mot, apoplexie ; vous savez que pour nous c'est un terme générique qui exprime privation subite du mouvement, du sentiment et de l'intelligence, qui peut être produit par des influences très-diverses. Nous vous avons dit que le mot apoplexie ne pouvait pas être considéré comme synonyme d'hémorragie cérébrale, parce que l'ensemble de symptômes qu'on a désigné sous le nom d'apoplexie pouvait se rencontrer sans hémorragie cérébrale. Eh bien, c'est précisément ce qui se rencontre dans l'apoplexie nerveuse. Ici, sans altération préalable ou co-existante de la substance cérébrale, du moins sans altération appréciable, les phénomènes apoplectiques se déclarent subitement, c'est-à-dire abolition de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité. L'altération qui produit ces phénomènes est évidemment dans le système nerveux, mais on ne peut l'apprécier. Il ne s'agit pas de savoir si les cas où cette circonstance se présente sont rares ou communs, il s'agit de savoir si ces cas existent. Or, des observations bien faites et authentiques sont là pour en démontrer l'existence. J'ai eu moi-même occasion d'observer cette apoplexie nerveuse.

DE LA LÉTHARGIE.

Un autre état morbide, rare dans son état de simplicité, est caractérisé par une prolongation de sommeil au-delà de ses limites naturelles : c'est cet état qui constitue la léthargie. C'est un sommeil trop prolongé, sommeil lourd et profond. Mais on a donné trop d'extension à ce mot. Nous établirons trois degrés de la léthargie pour mieux nous rendre compte de cet état morbide, et parce qu'en effet les phénomènes observés sont différents sous certains rapports.

1er degré, caractérisé par une simple prolongation de sommeil. On a vu le sommeil durer pendant des jours, des semaines, des mois entiers. On a cité le cas d'un homme dont le sommeil dura deux mois. Cet individu ne se réveillait que de temps en temps pour prendre de la nourriture. Dans tous les cas de ce genre, on peut regarder les individus qui en sont atteints, comme soumis aux mêmes influences que les animaux hivernants.

2e degré. Ici l'insensibilité est si prononcée que la peau peut être pincée fortement, et même désorganisée, sans que l'individu sorte de sa léthargie. Les fonctions nutritives conservent leur intégrité, mais elles s'accomplissent plus lentement.

3e degré. Il est caractérisé par l'anéantissement des actes les plus importants de la vie de nutrition. Ainsi la respiration et la circulation sont suspendues. Du moins le pouls radial n'est plus appréciable pour l'observateur ; d'où résultent les apparences de la mort, sur l'existence de laquelle on ne peut être en doute que par l'état de la face et par la non putréfaction. Les cas de léthargie poussée à ce degré ont été surtout observés en Allemagne. On en a observé quelques cas en France, et il en a été publié un fort curieux par M. le docteur Caulin, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, en 1834. Il est question, dans cette observation d'une jeune fille qui ayant été contrariée pour le mariage, présenta un état de sommeil nerveux très-agité pendant un certain temps, puis qui fut prise d'hystérie. Quelque temps après elle tomba en léthargie. Pendant cet état la malade semblait avaler ; elle avait des mouvements continuels de déglutition et quelques convulsions. Cette jeune fille ne se réveilla qu'au bout de cinq jours.

Les individus tombés en léthargie peuvent

avoir conscience de ce qui se passe autour d'eux. Ils peuvent entendre une conversation tenue autour de leur lit, et même en rendre compte à leur réveil.

Elle s'observe plus généralement chez les individus jeunes.

DU SOMNAMBULISME.

Le somnambulisme est un état dans lequel on produit, pendant le sommeil, des actes qui ne s'accomplissent que pendant la veille.

L'existence de cet état est incontestable : des faits nombreux et authentiques ne permettent pas de le révoquer en doute.

Nous devons le diviser en somnambulisme naturel et en somnambulisme artificiel.

1° *Somnambulisme naturel.* Dans cet état, un individu endormi peut produire des mouvements nombreux; et ces mouvements sont dirigés dans un certain but et par l'apparence de la volonté. Le somnambule exerce son intelligence, et cela est démontré par les actes divers qu'il exécute. Ainsi il ouvre des tiroirs pour en sortir les objets dont il veut se servir; il écrit des pages entières. On n'a jamais constaté que les somnambules naturels pussent lire. Ils peuvent composer un sujet, faire des vers, résoudre un problème mathématique. La lecture différencie l'état de somnambule naturel de l'état artificiel. En effet, ce n'est que dans l'état artificiel que le somnambule peut lire. Le somnambule peut causer avec les autres individus qui l'entourent, mais après l'avoir plus ou moins excité et comme dégourdi de son sommeil.

Le somnambulisme se développe ordinairement chez les personnes nerveuses et très-susceptibles. Il peut exister plus ou moins longtemps, ou être permanent.

2° *Somnambulisme artificiel.* Le somnambulisme peut-il être produit par l'influence qu'il est donné, dans certaines circonstances, à un individu d'exercer sur un autre individu? Oui, jusqu'à un certain point. Dans ce cas on peut se demander comment cela a pu avoir lieu. Deux hypothèses ici se présentent : ou bien, dit-on, cette influence est uniquement le résultat d'une imagination fortement ébranlée; dans une seconde hypothèse cette influence ne s'explique pas par le seul fait de l'imagination, et alors on admet l'existence d'un agent particulier (fluide magnétique). Dans tout cela il faut faire la séparation rigoureuse des faits et de ce qui est explication des faits.

Faits. D'abord deux séries de faits à constater : 1° faits se développant spontanément; 2° faits se développant sous l'influence d'un individu agissant sur un autre individu.

1re Classe. Y a-t-il des faits qui démontrent l'existence de cet état extatique? Nous n'irons pas les chercher loin de nous, nous les prendrons dans les recueils récemment publiés et par exemple, dans la *Gazette médicale*, 14 décembre 1832. Le fait que nous allons citer s'est passé à Bologne où il a pu être constaté par une foule de personnes. Un individu, âgé de vingt-quatre ans, ayant donné des soins à une femme agitée de fortes convulsions hystériques, en éprouva une si forte émotion que quelque temps après il fut pris d'un mouvement convulsif remarquable qui revenait tous les jours à la même heure. Il y avait en même temps une sensation particulière au cœur, un froid partiel qui devenait ensuite général. Les sens commencèrent à s'abolir, en même temps les fonctions de la vie organique se troublèrent, les extrémités devinrent froides, glacées. Un jour on observa qu'il répondait lorsque les ondes sonores étaient dirigées vers l'épigastre et la pointe du cœur. Ces phénomènes se manifestèrent pendant plusieurs jours, et l'individu fut ensuite rendu à la santé. Ce fait est capital et cependant nous l'adoptons avec réserve.

2e Cas. Propre à démontrer que par suite de l'influence exercée sur un individu par un autre individu, l'état extatique peut être produit : nous l'empruntons à la thèse de M. Filassier, 1832. Ce médecin parlant du magnétisme à un de ses amis qui était incrédule, lui propose de le soumettre à cette opération; l'autre y consentit, et M. Filassier le magnétisa pendant vingt minutes; au bout de ce temps, il eut des bâillements, des pandiculations, la respiration devint ronflante et le sommeil le plus profond eut lieu. Il se manifesta un rire sardonique et des sanglots qui firent croire un instant que le sujet riait et se moquait. Mais on fut cruellement détrompé, car la physionomie ne tarda pas à se décomposer et tout semblait annoncer une terminaison fatale, quand l'opérateur eut l'idée de continuer le magnétisme qu'il avait abandonné quelques instants. Tous ces phénomènes s'abimèrent dans le collapsus; au bout d'un quart d'heure il revint à lui et demanda à être magnétisé de nouveau. Cette fois l'opérateur adoucit la force de sa volonté; les phénomènes furent plus doux, l'individu magnétisé éprouva des sensations agréables et il se réveilla avec un sentiment de bien-être. il se sentait un peu fatigué, tous les accidents furent dissipés par quelques tours de promenade.

Voilà donc nos deux séries établies par deux faits qui présentent une grande importance. Mais, dira-t-on, comment cela peut-il arriver, surtout dans le second cas? Chez certains individus très-nerveux un simple attouchement longtemps prolongé peut bouleverser tout le système nerveux. C'est ainsi qu'en chatouillant la plante des pieds, on détermine des accidents nerveux. Supposez maintenant un individu encore plus nerveux, le simple

attouchement pourra produire l'effet du chatouillement. Mais comment se fait-il qu'un simple attouchement suffise à l'instant pour plonger dans le sommeil? Ne peut-on pas dire que certains états extatiques peuvent avoir leur source dans l'imagination ? L'imagination peut encore exercer une grande influence. C'est ainsi, par exemple, qu'un esprit faible, convaincu de la supériorité d'un esprit fort sur lui, en pourra être gravement perturbé. Cela arrive surtout lorsqu'on dit à un individu de ce caractère, que tel état pourra lui survenir. Mais ces différentes explications ne paraissent pas devoir s'appliquer au fait de M. Filassier, qui est embarrassant surtout pour les personnes qui expliquent tout par le jeu de l'imagination. Il faut dire ici qu'il faut ou admettre ces faits sans explication, ou admettre avec ces faits une force que l'on appelle agent ou fluide magnétique.

Ce qui est maintenant de toute évidence, c'est que sous l'empire des différentes influences dont je viens de vous parler, il s'est produit, dans tous les temps, des phénomènes analogues. Ainsi, les auteurs anciens nous ont rapporté des faits semblables arrivés dans les temples de l'Égypte. Les sorciers, les possédés en sont de nouveaux exemples. Lorsque les Espagnols abordèrent en Amérique, ils retrouvèrent dans les forêts, parmi les indigènes, les mêmes faits. Il y a un siècle et demi, une religieuse devient hystérique à Loudun. Effrayée de son état, elle consulte son confesseur *Urbain Grandier*. Jusques-là il n'y avait rien que de très-naturel. Le confesseur l'exorcise. Cette cérémonie ayant eu lieu en présence de la communauté, l'imitation rendit toutes les autres hystériques. Bientôt tous les phénomènes de l'extase se manifestèrent. Il n'y avait encore là que de la comédie; mais la tragédie arriva à son tour. Une de ces pauvres femmes rêva qu'Urbain Grandier lui avait jeté un sort. L'infortuné prêtre fut brûlé (1).

La révocation de l'édit de Nantes amena une grande exaltation dans les esprits. Beaucoup de réformés se réfugièrent dans les Cévennes. Là, les prédications d'un côté, les persécutions de l'autre, déterminèrent les phénomènes d'extase chez un grand nombre de ces malheureuses victimes. Plus près de nous, le tombeau du diacre Pâris fut l'occasion de pareils symptômes. Peu de temps avant notre révolution, Mesmer, par l'appareil mystérieux dont il entourait les scènes de son baquet, produisit les phénomènes de l'extase chez un grand nombre d'individus. Mais le somnambulisme magnétique n'avait point été observé par Mesmer lui-même. Cependant Diodore de Sicile, dans son ouvrage, a parlé de choses qui se passaient dans les temples de l'Égypte, qui ont des rapports avec ce phénomène. Ce fut M. de Puységur qui signala ce plus haut degré de l'extase, qu'il décrivit sous le nom de sommeil magnétique. Chez nous ce phénomène est seulement sporadique. En Allemagne, il y avait encore, il y a peu d'années, des cliniques magnétiques.

Toutes ces choses ne sont-elles que des débris des temps anciens et du moyen âge, qu'on a voulu habiller à neuf? Je suis arrivé à penser qu'au milieu d'erreurs, d'illusions, de charlatanisme, il y a cependant du vrai, et que le système nerveux doit être l'objet d'études sérieuses. Mais comment s'y prendre? en laissant de côté les questions d'inductions, d'analogies. Il faut donc s'attacher aux faits, voir s'ils ont été bien observés. Mais ici de grandes difficultés se présentent; car, pour admettre un fait, il faut des témoignages bien authentiques et bien nombreux. Rejetant l'opinion de ceux qui prétendent que telle chose est ou non possible, voyons uniquement ce qui a été observé. Voici donc comme la question doit être posée : un individu étant soumis à l'influence d'un autre individu, ou n'y étant pas soumis, quels sont les phénomènes qui se développent dans l'état extatique ?

Pour étudier ces faits, il faut les prendre un à un. Le premier fait à constater est l'abolition de toute sensibilité. J'affirme que sous l'influence de certaines manœuvres par lesquelles l'individu devient somnambule, il perd toute sensibilité. En même temps qu'existe cette insensibilité, il y a isolement complet des personnes et des choses environnantes, tandis qu'il est en rapport avec la personne que le magnétise. Au bout d'un certain temps l'individu revient à lui, et le temps de son somnambulisme est entièrement effacé de sa mémoire. C'est ce qu'on observe aussi dans l'épilepsie.

Il faut maintenant exposer les phénomènes qui se produisent pendant l'extase. Mais avant d'étudier expérimentalement ces phénomènes et d'admettre ce qui doit être seulement admis par l'observation rigoureuse, il faut dire quelque chose de l'influence magnétique. Celle-ci peut se transmettre immédiatement par l'influence d'un individu, qui agit sur un autre individu. Ici viennent se ranger les passes, les attouchements, etc. Cette influence peut encore se produire d'une manière médiate par le moyen de certains objets qu'on prétend chargés de fluide magnétique. Ainsi on dit qu'en accumulant le fluide magnétique sur des corps et en les plaçant sur un individu, ces corps agissent sur lui; et à cette

(1) L'histoire dit cependant qu'il y eut dans cet événement une vengeance du cardinal de Richelieu.

occasion on cite le fait de l'arbre de M. de Puységur à Busency. Autant j'admets l'influence d'un individu sur un autre individu, autant l'influence des corps prétendus magnétisés sur les individus, me paraît peu fondée, et relativement au fameux arbre de Busency, on ne peut rapporter un seul fait concluant, car tout ce que l'on dit sur ce sujet démontre seulement que l'esprit des paysans était sous l'empire d'une forte préoccupation, par ce que leur maître leur racontait de cet arbre, et par ce qu'on disait qu'il lui avait fait. Il y avait donc réellement dans ce cas influence de l'imagination. La véritable question serait celle-ci : un corps, magnétisé, mis en rapport avec un individu qui l'ignore, détermine-t-il des phénomènes magnétiques? Or cela est loin d'être prouvé. Une autre question se présente encore. Un individu placé dans un appartement voisin, pourrait-il magnétiser un individu qui ne le saurait pas? Mais si ce fait était réel, il saperait le raisonnement de ceux qui affirment qu'il n'y a là qu'un jeu de l'imagination. Rien n'en a cependant démontré l'authenticité. Enfin un individu tombant en somnambulisme peut-il influer sur un autre, de manière à produire chez lui les phénomènes magnétiques? Oui, si l'individu est faible et a déjà l'imagination ébranlée.

Une fois l'influence produite, quelle que soit la cause qui ait déterminé les phénomènes, étudions ces phénomènes. D'abord on voit apparaître des symptômes qui n'appartiennent pas à l'extase. Tels sont, par exemple, des mouvements convulsifs. Une autre série de phénomènes consiste dans la guérison de certaines maladies. Je ne révoque pas cela en doute. Je sais que beaucoup de lésions du système nerveux peuvent guérir par suite d'une modification brusque, d'une émotion forte. Il y a eu une époque dans l'histoire de la médecine où on guérissait les fièvres intermittentes avec le mot *abracadabra*. Ces mots sans signification agissaient fortement sur l'imagination et celle-ci à son tour réagissait sur le corps. Je crois maintenant qu'il est possible d'étendre beaucoup ces états morbides; ainsi des hypérémies, des anémies, des congestions, des troubles de la digestion peuvent être guéris par ce moyen et aussi sans pratiques magnétiques.

Nous voyons maintenant se développer sous l'influence de pratiques magnétiques les phénomènes qui constituent l'extase. Plusieurs cas peuvent ici se présenter. 1er cas. Un individu magnétisé peut tomber dans un état d'insensibilité et ses rapports avec le monde extérieur cesser; cependant certains actes prouvent qu'il use de son intelligence et de sa volonté. Cet état a été observé sans doute sous l'influence magnétique. Mais il peut être spontané. 2e cas. L'individu n'est plus complet. Séparé du monde extérieur il entend, comprend, mais ne peut répondre; dans quelques circonstances, il n'entre en communication qu'avec une seule personne. Il serait difficile d'admettre qu'il n'en a pas été ainsi dans plusieurs cas; mais est-il besoin pour cela d'admettre un agent particulier? Je ne le pense pas. On voit des individus dont les facultés intellectuelles sont fort concentrées vers un objet, être insensibles à tout le reste. Ainsi un individu discute fortement avec quelqu'un et il n'entend rien de ce qui se passe autour de lui. Un 3e cas est celui où existe encore une grande insensibilité, mais en même temps un seul sens acquiert une remarquable finesse. J'ai eu occasion de voir une jeune femme âgée de vingt-sept ans, qui a été longtemps magnétisée et qui ne l'est plus depuis longtemps. Elle a de mauvaises digestions et tombe sur sa chaise; elle reste alors les yeux fixés, elle ne sent pas; mais elle entend très-bien, elle ne peut parler, elle peut cependant penser; en même temps son oreille acquiert une finesse telle, que des bruits imperceptibles pour d'autres sont perçus par elle.

J'arrive maintenant à l'état d'extase, qui se complique d'autres phénomènes. Il peut d'abord se compliquer d'hallucinations, en rapport avec les idées dominantes du malade. On peut encore observer un développement extraordinaire de l'intelligence. Parmi les actes intellectuels, on peut en observer qui acquièrent un développement anormal; telle est en particulier la mémoire. Il n'y a point de faits qui prouvent qu'on ait parlé des langues qu'on n'avait point apprises; mais il y a des exemples d'individus qui ont parlé tout-à-coup des langues dont ils avaient eu quelques notions dans leur enfance. Quelques individus ont présenté un développement musculaire considérable. Il faut se rappeler ici ce qui se passe chez quelques femmes hystériques. On a dit que les religieuses de Loudun pouvaient se porter en l'air et se soutenir dans cette position. C'est une absurdité. Quelques magnétisés disent qu'ils voient un fluide se dégager du corps de la personne qui les magnétise. Mais, comme le dit M. Bertrand, ils ont entendu parler de ce fluide : On a dit que les magnétiseurs pouvaient changer l'eau en vin; il n'y a rien de vrai. Mais ici on peut admettre qu'une imagination fortement ébranlée peut croire qu'on lui verse du vin lorsqu'on lui versera de l'eau, parce que le magnétiseur leur dira que c'est du vin.

Instinct des remèdes.— Cette qualité peut exister pour l'individu magnétisé ainsi que pour l'individu magnétisant; telle est du moins l'opinion des magnétiseurs. Eh bien, je déclare que je n'ai vu dans cette prétendue propriété, que duperies, illusions, jongleries et charlatanisme. A l'époque de M. de Puységur,

le magnétisme voyait partout des humeurs à évacuer. Les adeptes proposaient à tout bout de champ de purgatifs, des évacuants. Aujourd'hui leur système est différent : ils vous diront que l'estomac est rosé, enflammé, qu'il faut mettre des sangsues ; et encore nous ne parlons que des personnes qui ont de l'instruction. Je puis vous assurer qu'il n'y a dans les annales du magnétisme aucun fait qui dépose en faveur de l'instinct des remèdes. Si ce fait n'est pas encore constaté, est-il plus prouvé qu'un individu puisse pénétrer dans le monde intérieur, y découvrir les formes, les couleurs. C'est sans doute une grande prétention du magnétisme. Voyons un peu ce que nous devons en penser. Quoique nous ne puissions concevoir comment on peut voir les couleurs sans les yeux, cependant comme il y a des faits observés, il faut discuter. D'abord, on a dit que tous nos sens se redressaient par le toucher, et qu'en supposant une excitation plus grande de ce sens, il pouvait devenir organe d'ouie, d'odorat. Tout cela est hypothétique. On sait qu'il y a des nerfs qui, seuls ne peuvent pas servir à l'accomplissement de certaines sensations, et qui sont néanmoins indispensables à ses actes. Ainsi il est prouvé que la vue, l'odorat, l'ouïe, peuvent manquer lorsque le nerf de la cinquième paire est lésé ; ce qui ne veut pas dire qu'on sente, qu'on goûte, qu'on entende par ce nerf, mais qu'il est nécessaire à ces différents actes. Il serait important de voir si le nerf principal étant détruit, le nerf accessoire peut le remplacer. On ne possède aucun fait de ce genre. On est descendu plus bas dans l'échelle des animaux vertébrés, et on a vu les nerfs principaux disparaître, tels que les nerfs olfactifs et auditifs, et cependant l'audition et l'olfaction se conservaient au moyen de la cinquième paire, qui était intacte. Ces particularités ont été observées pour l'audition et l'olfaction, mais non pour la vision. Ainsi le nerf de la cinquième paire peut suppléer les nerfs auditifs et olfactifs ; mais jusqu'à présent on ne l'a pas vu remplacer le nerf de la vision. On a remarqué que certains animaux pouvaient se diriger dans l'obscurité et éviter les obstacles, comme les orfraies et les chauve-souris. Il en est auxquels on a arraché les yeux, et qui ont pu cependant se diriger. Cela prouve seulement qu'ils avaient le tact très-développé.

Voici maintenant une autre série de faits relatifs au somnambulisme naturel. On sait que les somnambules peuvent écrire, marcher, monter sur les toits, et si on les réveille ils ne peuvent plus continuer ; mais je ne connais point de fait qui prouve qu'ils puissent lire. On a souvent cité des somnambules qui jouaient aux cartes ; mais les aveugles peuvent faire la même chose ; ce qui s'explique par les saillies qu'elles présentent. Il y a d'ailleurs une épreuve à laquelle on a soumis ces prétendus clairvoyants et qu'ils n'ont jamais résolue d'une manière satisfaisante, telle est, par exemple, le nombre des dents qui existent dans la bouche, la description bien faite d'un des organes du corps, etc.

Les annales du magnétisme animal contiennent une grande quantité de faits qui établissent que les phénomènes de la vision peuvent avoir lieu sans le secours des yeux. Mais en examinant avec soin ces faits, on trouve qu'il y en a une immense quantité qui doivent être rejetés, et tout au plus six ou sept qui méritent discussion.

D'abord dans ces différents faits il faut distinguer deux cas : les objets ont été vus par le magnétisé lorsqu'ils étaient dérobés ou cachés, ou bien ils ont été vus étant mis en contact avec la peau de l'occiput, de la nuque, des orteils, des doigts, et surtout de la région épigastrique.

Un premier fait qui a produit une certaine sensation est celui du docteur Peltier, consigné dans son ouvrage sur l'électricité animale. Il s'agit d'une femme magnétisée, qui devint cataleptique. Un jour qu'elle était couchée sur le dos, la poitrine couverte d'un corset, Peltier souleva les couvertures du lit et glissa sous le corset une carte roulée qu'il plaça sur l'épigastre. La dame s'agita et dit que c'était la dame de pique. Les assistants furent tous étonnés en reconnaissant que c'était réellement la carte annoncée. Un jour M. Peltier lui appliqua sa montre sur l'épigastre, elle dit qu'il était 7 heures 10 minutes ; ce qui était vrai. Dans une autre circonstance, il lui présenta un objet qu'il tenait dans la main, elle déclara que c'était une médaille antique. La belle-sœur de la magnétisée enferma dans une bonbonnière un chiffon de papier, la malade le devina. M. Peltier cacha une lettre sous son gilet, et la cataleptique interrogée dit que si elle n'était pas discrète, elle parlerait ; qu'il y avait deux lignes soulignées qu'on pouvait lire. Tout cela est fort extraordinaire, et l'on peut faire cette objection très-forte, c'est que toutes ces expériences ont été faites en présence de personnes qui y avaient intérêt, et dès-lors le doute est permis.

Deuxième fait : il a été publié par un médecin allemand. La femme dont il est ici question, voyait à un étage supérieur. Elle dit un jour à ce médecin qu'elle apercevait une épreuve que son médecin venait d'y placer et qu'il ne savait pas y être déposée. Mais encore ici il faudrait savoir si la somnambule n'en était pas informée.

Troisième fait. M. Deleuze, dans son ouvrage de la clairvoyance des somnambules, raconte que se trouvant un jour chez une dame dont la fille était somnambule, il lui

demanda si elle pouvait lire, elle lui répondit d'essayer. Il lui mit la main sur les yeux; elle lut deux lignes et dit ensuite qu'elle était fatiguée : le bandeau, dans ce cas, eût été bien préférable aux mains. M. Deleuze lui demanda encore si elle pouvait lire des mots dans une boîte. Elle remit à une autre séance. Au bout de quelques jours, il lui apporta trois mots : *amitié, santé, bonheur*. Elle put lire seulement, après quelques temps, le mot *amitié;* mais elle ne put dire les deux autres. M. Deleuze mérite toute croyance; mais on ne sait par qui la boîte a été remise, et d'ailleurs un seul mot a pu être trouvé.

Quatrième fait. Il appartient à M. le docteur Bertrand. Ce docteur distingué, qui a cherché pendant quinze ans les faits relatifs au magnétisme, dit qu'il n'a observé qu'un seul cas de clairvoyance sans le secours des yeux. C'était une somnambule dont les yeux étaient exactement fermés. Il n'y avait qu'une seule lumière dans l'appartement. M. Bertrand ôta une bague de sa main, et la remit à une personne voisine. Il demanda ensuite à la somnambule où était la bague. Elle désigna une personne à laquelle M. Bertrand ne l'avait point remise. Il crut qu'elle se trompait. Mais il fut bien surpris quand la personne désignée par la somnambule ôta de sa poche la bague, qui lui avait été remise par la personne à laquelle M. Bertrand l'avait confiée.

Cinquième fait, rapporté par M. Delpit (*Bibl. médicale*, tome LVI, page 823). Une fille hystérique lisait très-distinctement les yeux fermés en promenant ses doigts sur les lignes. Cela eut lieu un jour dans l'obscurité la plus profonde. Mais faites attention que cette fille se servait de ses doigts, et que nous avons vu que les aveugles avaient la propriété de sentir les reliefs des couleurs et des lettres.

J'arrive à deux autres faits plus graves. L'un appartient à M. Rostan : il a été publié par lui dans le Dictionnaire en 21 volumes, art. *Magnétisme*. Ce fait a eu pour témoins le médecin que nous venons de citer et M. Ferrus. Je plaçai ma montre, dit M. Rostan, à trois ou quatre pouces de l'occiput, et je dis à la somnambule : voyez ce que c'est. Elle dit : c'est une montre; cela me fait mal. Interrogée sur l'heure, elle hésita quelque temps et dit : il est 8 heures 10 minutes. L'expérience fut recommencée plusieurs fois; la somnambule répondit toujours juste.

Huitième fait. M. Filassier, dans sa thèse, dit : Je fis enlever toutes les lumières de l'appartement. Je pris ensuite une montre avec toutes les précautions possibles; je l'appliquai sur le front de la somnambule; je lui couvris les yeux et lui demandai l'heure qu'il était. Elle me répondit : la petite aiguille est sur le 7, et la grande aiguille est entre le 7 et le 8. En effet, il était sept heures et demie. Pensant qu'elle pouvait avoir vu, je fis faire plusieurs tours à l'aiguille dans l'obscurité. Interrogée de nouveau, elle dit : la petite est sur le 3, et la grande près du 3. Il était en effet trois heures un quart. Mais ici, est-on bien certain qu'il n'y avait point de commérage?

De tous ces faits il n'y a que celui de M. Rostan, qui soit à l'abri de tout reproche. Mais encore une fois, il faut que des faits semblables soient répétés.

A côté de ces faits il y en a une foule d'autres qui ne méritent aucune discussion. Il y en a d'ailleurs qui ont présenté toutes les apparences de la réalité, et qui au bout d'un mois ont été reconnus faux. Je ne vous dirai rien du travail de l'Académie de Médecine; seulement je vous ferai remarquer que les commissaires ont fait des recherches pendant six ans, et que les magnétiseurs ont eu tout le temps de rassembler leurs faits; eh bien, j'affirme que les commissaires n'ont pas cité un seul fait nouveau qui vaille celui de M. Rostan.

Y a-t-il maintenant des faits qui prouvent que les somnambules puissent entendre? Vous vous rappelez celui de la clinique de Bologne, relativement à cet individu qui entendait par l'épigastre. Mais il faut que les faits de ce genre se renouvellent.

Les individus magnétisés ont-ils pu lire dans l'avenir? Cette prévision peut comprendre les changements qui surviennent dans les propres corps des somnambules. Ainsi on dit qu'ils peuvent annoncer d'une manière précise, l'époque de la cessation d'un accès.

Il est d'expérience qu'avec une volonté forte, on peut arriver à ce résultat. Lorsqu'on veut fortement se réveiller à telle heure, on se réveille à l'heure précise. On voit des individus qui non seulement peuvent prédire le moment de l'accès, mais qui peuvent annoncer l'époque du retour des accès. Ce phénomène a eu lieu quelquefois; mais, dit le docteur Bertrand, il y a eu non *prévision*, mais *prédétermination*.

Disons un mot sur l'influence que les individus extatiques peuvent exercer sur leurs organes. Déjà nous avons vu qu'ils pouvaient guérir des lésions organiques; nous allons voir maintenant qu'ils déterminent des maladies réelles vers certains organes; car, sous l'influence de l'imagination, on voit la dyspnée, les palpitations, les troubles de la digestion, les diarrhées, s'établir. Cette prévision peut-elle s'étendre aux actes qu'un individu fera? Cela peut être, mais je ne l'ai pas vu.

De ces différentes séries de phénomènes, il n'y avait qu'un pas à faire pour arriver à cette série dans laquelle on dit que les somnambules peuvent acquérir la connaissance

des maladies en touchant les objets des malades, leurs cheveux, par exemple. Je ne connais pas de médecin qui ait constaté cette prétendue prévision.

On a dit encore que les somnambules avaient la faculté de prendre les symptômes des maladies des autres individus; cela peut arriver. Placé près d'un épileptique, d'un cataleptique, on conçoit qu'un extatique puisse prendre ses symptômes et, en général, toute la série des phénomènes nerveux; mais il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit de lésions organiques.

En nous résumant, nous trouvons trois séries de faits : 1° les uns, incontestables, rentrent dans ceux propres à la physiologie et à la pathologie; 2° les autres sont à vérifier, telle est l'influence qu'un individu peut exercer sur un autre individu sans le secours de l'imagination; 3° enfin, il y a des faits évidemment faux.

Nous allons maintenant nous occuper de névroses complexes, dans lesquelles le désordre du mouvement est le caractère dominant; les troubles de la sensibilité et de l'intelligence se montrant en outre coexistants avec le trouble du mouvement.

DE LA CATALEPSIE.

La catalepsie (du grec καταλαμβάνω, je saisis, j'arrête), est une affection des centres nerveux, caractérisée par une roideur tétanique générale ou partielle des muscles, dans laquelle les membres conservent, pendant l'attaque, la position qu'ils avaient auparavant, ou celle qu'on leur fait prendre durant l'attaque, avec suspension plus ou moins complète de l'intelligence et de la sensibilité.

La catalepsie se présente sous forme d'accès et dans des intervalles plus ou moins éloignés. Dans l'intervalle des accès, les cataleptiques jouissent ordinairement d'une bonne santé.

Les symptômes de la catalepsie sont fort complexes. Pour en donner une idée juste, nous allons décrire une attaque de cette affection.

Après quelques phénomènes précurseurs, comme de la céphalalgie, des agitations d'esprit, de l'embarras dans la tête, des douleurs, des palpitations, des bâillements, quelques convulsions ou des crampes, quelquefois sans prodrômes, le malade éprouve une perte plus ou moins complète de connaissance; son cou et ses membres se roidissent; ses yeux deviennent fixes et se dirigent en avant ou en haut. Tantôt la respiration et la circulation s'exécutent plus ou moins facilement, tantôt ces deux fonctions ne sont plus appréciables et sont comme suspendues. Dans d'autres circonstances, le pouls est fort et fréquent, et les artères de la tête surtout battent avec beaucoup de force. La flexibilité des membres plus ou moins grande leur fait souvent conserver la position qu'on leur donne pendant l'attaque. Dans quelques cas, au contraire, ils sont rigides et ne peuvent plier. Dans quelques circonstances enfin, leur rigidité n'est pas assez grande, et ils s'abandonnent à leur propre poids. Les positions les plus diverses peuvent être données au corps d'un cataleptique. Les membres et le tronc peuvent se fléchir de tous côtés, en avant, en arrière, à droite, à gauche. La force de contraction musculaire est tellement modifiée, que les cataleptiques peuvent rester plus longtemps dans une position donnée ou imprimée que dans l'état normal. Dans quelques cas rares, l'intelligence, il est vrai, n'est pas troublée, mais dans le plus grand nombre des cas, le cataleptique ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la durée de l'accès. En effet, les uns ne profèrent pas la moindre parole; d'autres prononcent quelques mots, mais sans ordre. La sensibilité générale est abolie. C'est en vain que chez ces malades on pince la peau, ils paraissent complétement insensibles. Pour les sens spéciaux on observe les mêmes désordres. Ainsi, du côté de la vue, la pupille ne se contracte plus, l'ouïe est abolie, l'odorat n'est plus sensible aux excitants les plus énergiques.

Cet accès dure pendant un temps variable. Chez les uns il commence et finit en même temps; chez d'autres il dure des heures et pendant des jours entiers. Après l'accès la peau redevient sensible, les différents sens spéciaux reprennent leurs fonctions. Souvent, pendant un certain temps à dater de la fin de l'accès, un léger délire se manifeste; ce qui peut servir de caractère différentiel entre la catalepsie et l'épilepsie.

La catalepsie peut être la seule maladie et exister à l'état de simplicité. Elle peut coïncider avec d'autres maladies, comme complication.

Relativement au pronostic, il existe une différence bien grande entre la catalepsie et l'épilepsie. La première, en effet, offre plus de chances de guérison que la seconde.

Les *causes* qui produisent la catalepsie sont prédisposantes et excitantes. Les premières sont toutes les conditions qui caractérisent le tempérament nerveux et mélancolique; aussi trouve-t-on plus de cataleptiques chez les femmes et chez les enfants, qui possèdent en général à un haut degré ces conditions. Les causes excitantes sont les affections vives de l'âme, telles que la frayeur, le chagrin, la colère, l'indignation, les études et les méditations, l'état de contemplation, enfin tout ce qui agit directement et fortement sur les fonctions cérébrales. L'amour et les idées religieuses sont aussi des causes excitantes de la catalepsie.

Au sujet de la dernière de ces influences, voici ce qu'on lit dans les *Annales de la ville de Toulouse :* « L'an 1415, il arriva dans l'église des cordeliers de Toulouse un accident digne de remarque. Un religieux disant la messe, après l'élévation du calice, comme il faisait la génuflexion ordinaire, demeura roide et immobile, les yeux ouverts et élevés vers le ciel. Le frère qui servait la messe le voyant trop longtemps en cet état, le secoua plusieurs fois par la chape, mais il n'en resta pas moins dans la même immobilité. Ceux qui entendaient la messe s'en étant aperçus, il se fit une grande rumeur dans l'église; *tout le monde criant miracle......* Mais un médecin, nommé Natalis, s'étant approché du religieux et lui ayant tâté le pouls, dit qu'il n'y avait point de miracle à cela, et que ce n'était qu'une maladie de ce moine, fort difficile à guérir. On l'enlève sur cela de l'autel, et on y en met un autre pour achever la messe, ainsi qu'il est ordonné par le rituel. Mais à peine celui-ci a-t-il achevé l'oraison dominicale, que le voilà frappé du même saisissement, en sorte qu'il fallut aussi l'emporter....... Cependant il fallait achever la messe : tous les moines effrayés osaient à peine regarder l'autel. Enfin on en choisit un des plus vigoureux pour l'achever. L'opinion des médecins fut, à l'égard du premier, qu'il avait été surpris dans le moment d'une maladie qu'ils appellent catalepsie, et pour le second, que ce pouvait être un effet de la peur et de son imagination blessée. »

La marche et la terminaison de la catalepsie sont très-variables. Quelquefois le malade n'a éprouvé qu'une seule attaque, à la suite de laquelle il est revenu à la santé ou est mort. Pinel a cité le cas d'un magistrat qui, outragé pendant l'exercice de ses fonctions, resta immobile d'indignation, et tomba ensuite dans un état d'apoplexie à laquelle il succomba. En général, la durée de la maladie, le nombre et la fréquence des attaques sont indéterminés. Quelquefois, après avoir duré longtemps, elle se convertit en hystérie, en mélancolie ou en épilepsie. Dans quelques cas elle a été remplacée par l'hypocondrie, et dans quelques autres par une lésion telle de la nutrition, que les malades arrivaient au tombeau dans un état profond de marasme.

Il sera presque toujours facile de distinguer la catalepsie de l'extase, de l'asphyxie, de la syncope, de l'apoplexie, de l'état de mort réelle et de l'hystérie.

Dans l'extase, en effet, l'intelligence, au lieu d'être suspendue, est, au contraire, fortement et exclusivement dirigée vers la contemplation d'un objet qui procure des jouissances imaginaires qui se traduisent par l'exaltation de l'enthousiasme. Il n'existe d'ailleurs aucun trouble dans les mouvements.

Dans l'asphyxie, il y a presque toujours suspension de la circulation et de la respiration; en outre, il y a flexibilité des membres. Il en est de même de la syncope qui, de plus, présente une pâleur extrême.

La paralysie plus ou moins étendue et la flexibilité des membres suffiront pour la distinguer facilement de l'apoplexie.

L'état de mort réelle est difficile à distinguer de certaines attaques de catalepsie où la respiration et la circulation sont insensibles, où le corps est presque froid, la peau pâle et les articulations roides. De funestes méprises ont été commises à cet égard, et plusieurs cataleptiques ont été enterrés vivants. Dans ces circonstances il importe d'examiner avec soin l'état convulsif des yeux et l'expression de la physionomie, de bien apprécier les circonstances antérieures, la manière dont les accidents ont fait invasion, l'état de santé habituel; il importe surtout de ne consentir à l'inhumation que lorsqu'on aura la certitude que des signes évidents de putréfaction se sont manifestés.

Quant à ce qui concerne le diagnostic différentiel de la catalepsie et de l'hystérie, les auteurs de l'art. *Catalepsie* du *Dictionnaire* en 25 volumes, pensent que ces deux affections ont le même siége, sont plus d'une fois produites par le même genre de causes, et nécessitent le même mode de traitement; que les différences qu'elles présentent sont surtout dans leurs formes. Dans l'une ce sont des convulsions cloniques ou avec mouvements; dans l'autre, des convulsions toniques ou sans mouvements : voilà la principale différence. Ils disent avoir eu plusieurs fois occasion d'observer la liaison qui existe entre ces deux affections. Ils ont vu des malades hystériques qui avaient d'abord été cataleptiques; d'autres qui avaient des attaques en partie cataleptiques et en partie hystériques. Ils ont vu une femme qui a été cataleptique, puis hystérique, et qui a fini par être épileptique.

Pour terminer l'histoire de la catalepsie nous empruntons les réflexions suivantes aux auteurs que nous venons de citer.

« La catalepsie est une complication assez fréquente de la monomanie. Nous avons nourri pendant près de trois mois, à l'aide d'une sonde œsophagienne, un jeune monomaniaque cataleptique, et qui conservait presque constamment une immobilité parfaite pendant qu'on injectait par le nez les matières alimentaires liquides. Sur quelques insensés, les phénomènes cataleptiques ont pour cause une lésion de la volonté, et alors, telle est la puissance des idées fixes, qu'elles portent le sujet à conserver, pendant plusieurs heures de suite, les mêmes attitudes. Un pharmacien encore jeune tombe dans le délire partiel, pendant plus d'un an son attention semble entièrement ab-

sorbée par des idées fixes, et chaque jour il lui arrive soit en marchant, soit en s'habillant, soit en commençant son repas, de prendre des poses musculaires quelquefois très-fatigantes, et qu'il conserve souvent pendant vingt minutes, une heure, plusieurs heures. Quelques aliénés simulent la catalepsie, qui a été dans plus d'un cas imitée à dessein par des hystériques. Pour distinguer l'immobilité calculée, mais maladive, que présentent les monomanes d'avec la véritable catalepsie, l'on s'adresse à la sensibilité. Presque toujours le malade craint l'impression d'une vive douleur, et il fait quelque mouvement pour s'y soustraire.

« D'après le raisonnement, en théorie, il faut admettre que les accidents qui constituent la catalepsie partent de l'encéphale, et qu'ils se rattachent à une triple lésion de la sensibilité, de l'intelligence et des mouvements. Dans les cas de catalepsie intermittente, le désordre du cerveau doit disparaître ou revenir comme les accès. Le plus ordinairement il doit affecter les deux hémisphères, mais il doit siéger dans un seul côté de la tête, lorsque les symptômes musculaires sont bornés à une moitié du corps. Quelques auteurs ont pensé que la catalepsie et l'hystérie ne différaient que par la forme, le mode d'expression extérieure, et qu'elles se ressemblaient par leur nature. Ce langage n'est pas exact. Il est évident qu'une liaison apparente qui existe entre deux affections maladives n'établit aucunement leur identité, et si la catalepsie et l'hystérie se ressemblaient par leur cause organique, elles ne se manifesteraient point au dehors par des signes aussi dissemblables. Ainsi désormais, l'on ne peut se refuser à admettre, pour expliquer l'épilepsie, la catalepsie, l'extase, etc., une lésion spéciale, pour chacune de ces maladies. Nous prévenons, du reste, qu'on rapporte souvent à la catalepsie une foule d'accidents nerveux qui n'appartiennent aucunement à cette affection.

« Les recherches cadavériques ont appris peu de chose sur la nature de l'affection cérébrale qui détermine les phénomènes cataleptiques. Cette affection étant rarement mortelle par elle-même, surtout dans un court espace de temps, l'on n'a pas eu d'occasions assez fréquentes de faire de pareilles recherches; et, dans ces cas mêmes, les lésions des organes sympathiquement affectés ont plus particulièrement fixé l'attention de l'observateur. Une autre raison du défaut de connaissance sur l'état du cerveau dans cette affection, c'est que l'organisation de ce viscère, trop peu connue encore dans ses détails, l'était bien moins de ceux qui nous ont laissé le fruit de leurs recherches sur le sujet qui nous occupe. Quelques auteurs ont néanmoins trouvé plusieurs lésions de cet organe à la suite de la catalepsie. Une femme présenta des symptômes de catalepsie; son cerveau n'offrit aucun dérangement appréciable. Un jeune maniaque cataleptique, dont les accidents avaient offert de nombreux retours, mourut, il y a quelques années, dans les infirmeries de Charenton. La pie-mère fut trouvée épaisse et injectée; la substance grise superficielle était peu consistante et rosée; la substance blanche présentait des couches vasculaires nombreuses et remplies de sang; enfin, le septum médian était mou; lésions très-répandues dans la folie avec paralysie générale. Sur un second aliéné aussi cataleptique, nous avons trouvé la substance corticale violacée, et la substance blanche fort injectée.

« La nature organique de la catalepsie ne nous est donc pas suffisamment connue; nous ne connaissons bien ici que les désordres fonctionnels du cerveau, et non ses désordres d'organisation. Cullen rapporte cette maladie au genre *apoplexie*; Sauvages la range dans la classe des débilités, ordre des affections comateuses; Pinel en fait une névrose cérébrale comateuse. Peletier considère la catalepsie comme une irritation du cerveau, avec engorgement habituel des vaisseaux de cet organe, ce qui le dispose aux mouvements convulsifs ou cataleptiques, qui résultent, suivant ce médecin, de la compression de l'origine des nerfs. Cette dernière opinion, si elle n'est pas fondée, est la plus satisfaisante; elle indique au moins quelque chose de positif et ne laisse point l'esprit dans le vague.

« Petelin conseille particulièrement, pour guérir cette maladie, les évacuations sanguines, les bains froids à la glace, l'application de la glace pilée sur la tête, et l'électricité. Les évacuations sanguines dégorgent les vaisseaux cérébraux; il conseille de les faire au moyen de sangsues plutôt qu'à l'aide de la lancette. L'une des raisons qui lui font préférer le premier moyen, c'est que le dernier effraye souvent les malades, et leur cause une émotion fâcheuse. Il assure que les forces, loin de diminuer, augmentent avec la sortie du sang. Nous avons eu plusieurs fois occasion de vérifier ce fait. Les sangsues seront appliquées en petit nombre, et l'application sera renouvelée tous les cinq ou six jours, dans l'intérieur des narines, aux pieds, aux cuisses, ou autour de la tête. Par l'emploi des bains à la glace et de la glace pilée sur la tête, après l'usage des saignées, ce médecin dit avoir beaucoup diminué, ou même avoir fait cesser les attaques, et fait disparaître en quelques minutes les roideurs musculaires qui persistaient après que celle-ci étaient passées. Il dit avoir fait cesser sur-le-champ des attaques avec une ou au plus deux commotions électriques, et guéri assez promptement la maladie à l'aide de l'électricité administrée en

bain; et il assure que l'usage des bains tièdes, des pédiluves sinapisés, des purgatifs, a toujours produit de fâcheux effets. A peine les pieds entraient-ils dans l'eau, que le malade ressentait un coup dans la tête, était pris de céphalalgie, et quelquefois d'attaques. Les purgatifs ont aussi causé des accidents graves, de violentes attaques. Sauvages a de même obtenu de mauvais effets de l'emploi des bains tièdes. Nous avons assez de confiance dans les évacuations sanguines, dans les applications de glace sur la tête; nous ne saurions dire quels sont les avantages des bains à la glace et de l'électricité. Malgré l'autorité de Petelin et de Sauvages, nous pensons que les bains à peine tièdes ou au plus à vingt-quatre ou vingt-cinq degrés, et les pédiluves plutôt irritants que chauds, peuvent être souvent très-utiles.

« Les malades éviteront avec soin toute excitation sensoriale, intellectuelle et morale un peu vive. Le laitage, les fruits doux, des aliments de facile digestion, et pris en petite quantité, les boissons presque entièrement aqueuses, composeront leur régime habituel. S'il existe une constipation plus ou moins opiniâtre, des lavements à l'eau froide, quelquefois rendus purgatifs, seront administrés. On pourra essayer l'usage des pilules drastiques, et le continuer s'il n'en résulte aucun inconvénient. Nous avons rarement vu les antispasmodiques produire de bons effets dans les affections cérébrales dites *nerveuses*, souvent ils causent des accidents; et quand ils soulagent, ce n'est que momentanément, et en laissant une plus grande susceptibilité morbide.

« On néglige, ce nous semble, beaucoup trop de mettre en usage l'insufflation pulmonaire. Il est une foule de cas de ralentissement ou de suspension complète des mouvements respiratoires, suite de désordres cérébraux ou rachidiens, qui doivent causer la mort seulement par ces troubles de l'exercice d'une fonction si essentielle à la vie. Dans quelques cas même, le cerveau et le rachis peuvent n'être que très-légèrement affectés; mais le sang noir qui a pénétré ces organes les a tués. C'est ce qui arrive probablement sur les sujets qui meurent à la suite d'une affection morale, d'une attaque d'épilepsie, d'une commotion du cerveau sans qu'on trouve d'altération notable dans cet organe, c'est aussi ce qui peut arriver dans la catalepsie. Au lieu donc de laisser sans respirer ces cataleptiques, chez qui la respiration s'exécute à peine, faites insuffler de l'air dans le thorax, suppléez ainsi l'action musculaire respiratoire, momentanément suspendue par l'état convulsif.

« Une nourriture succulente, l'usage modéré du vin, nous paraît convenir aux personnes âgées, aux aliénés débilités par le retour continuel et la prolongation des accès de catalepsie. Plusieurs malades que l'on néglige de nourrir à l'aide d'une sonde œsophagienne, tombent graduellement dans un état affreux d'amaigrissement et finissent par succomber. La catalepsie qui éclate pendant le cours d'une fièvre intermittente, cède comme elle, à ce qu'il paraît, à l'administration des sels de quinine et des autres préparations de quinquina.

Plusieurs des phénomènes qui caractérisent l'attaque de catalepsie, particulièrement la roideur convulsive partielle ou générale du système musculaire, s'observent dans plusieurs autres affections du cerveau, telles que l'irritation de cet organe causée par certains poisons ingérés dans l'estomac, l'encéphalite qui n'aurait point atteint la période de suppuration. »

DE L'ÉPILEPSIE.

Cette maladie a été rapportée de tout temps aux maladies convulsives. Cependant il faut savoir, d'une part, que les convulsions ne sont pas le seul phénomène dans cette maladie, qu'il existe aussi des lésions de la sensibilité et de l'intelligence; et, d'autre part, il faut aussi savoir que les convulsions n'existent pas toujours. Dans les hôpitaux consacrés au traitement de ces maladies, on appelle *petit-mal* l'épilepsie qui se présente sans convulsions.

Cela posé, que doit-on entendre par épilepsie? Nous dirons qu'un individu est épileptique, quand, à des époques éloignées ou rapprochées, périodiques ou irrégulières, il présente une perte subite de connaissance, avec des convulsions tantôt générales, tantôt partielles et bornées, je ne dis pas à un muscle, mais à une fibre d'un muscle, ces convulsions n'étant pas constantes et pouvant manquer, ayant la respiration stertoreuse, la bouche remplie d'écume, et présentant une santé parfaite dans l'intervalle des accès, ou bien des désordres fonctionnels plus ou moins graves.

Cette maladie a toujours manifestement son siége dans l'encéphale, quoique son point de départ puisse être ailleurs. De là, deux grandes divisions dans cette maladie : idiopathique, quand le point de départ est dans le cerveau; symptomatique, quand il est fixé ailleurs.

Cette maladie laisse-t-elle dans le cerveau des traces spéciales qui puissent faire dire : cet individu est mort épileptique, comme on dit : cet individu est mort d'une hémorragie cérébrale? Non; la science n'en est pas encore là, car l'épilepsie ne présente pas de caractère anatomique. Et non-seulement on ne trouve pas de lésion spéciale, mais dans quelques circonstances on ne trouve aucune lésion

qui puisse être considérée comme cause occasionnelle.

Il suit de cela, que dans le cerveau de quelques épileptiques, on n'a absolument trouvé aucune lésion, et notez cependant que les recherches ont été faites par des hommes excessivement habitués à ces sortes d'investigations. Aussi M. Foville, après avoir disséqué un grand nombre de cerveaux d'épileptiques, avance formellement que cette maladie n'a point de lésion spéciale.

D'un travail très-étendu de MM. Bouchet et Cazauvielh, il résulterait que l'épilepsie serait due à une altération notable des hémisphères cérébraux, altération qui consisterait, tantôt en un ramollissement, tantôt et plus souvent dans l'induration. Mais, outre que dans quelques cas par eux-mêmes observés, cette altération ne s'est point rencontrée, la plupart des cas qu'ils ont publiés, étaient compliqués, soit d'aliénation mentale, soit de lésion de la sensibilité.

S'il est des cas où l'on ne trouve absolument aucune lésion, il en est un bien plus grand nombre où on en trouve, mais, encore une fois, aucune de spéciale. Ainsi toutes ces lésions diverses que nous avons déjà étudiées, depuis la plus simple jusqu'à la plus compliquée, peuvent se trouver dans l'épilepsie. Quel rôle jouent ces altérations dans la production de l'épilepsie? On dirait qu'elles mettent en jeu la cause inconnue sous l'influence de laquelle se développe cette maladie.

Quand la maladie se termine par la mort, on doit distinguer deux cas : ou le malade meurt pendant l'accès, ou il meurt dans l'intervalle des accès. Si l'individu est mort dans l'intervalle, le cerveau peut être parfaitement sain, ou présenter des altérations. S'il est mort pendant l'accès, on voit une congestion évidente; tous les vaisseaux du cerveau sont gorgés de sang. Cette congestion est-elle la cause de l'épilepsie? Non, car elle s'accroît à mesure que l'attaque se prolonge, et elle arrive à son summum d'intensité quand elle finit. C'est un simple effet qui a succédé à la véritable cause de l'épilepsie.

Il est donc de toute nécessité d'admettre une cause spécifique, car dans beaucoup de cas, l'épilepsie arrive sans qu'on puisse apprécier une cause occasionnelle. Cette cause prédisposante étant admise, et il est important d'étudier les causes occasionnelles.

Ces causes occasionnelles, tantôt ne font que rappeler l'épilepsie, tantôt la font paraître pour la première fois.

On doit admettre ici deux cas :

Le premier est celui dans lequel le cerveau est troublé avant tout autre organe ;

Le deuxième, dans lequel c'est un organe quelconque qui est troublé le premier.

Premier cas, commençant par le trouble du cerveau.

Un travail intellectuel opiniâtre, peut ou rappeler l'épilepsie, ou la faire naître : on a cité des individus qui ne pouvaient travailler après le repas sans être pris d'accès épileptiques. Les émotions fortes, la peur, surtout pendant l'enfance, une forte excitation de la sensibilité: Van Swieten a rapporté le cas d'un individu qui était devenu épileptique à la suite d'un chatouillement à la plante des pieds. Un bruit fort, intense, imprévu : un enfant d'un an à l'oreille duquel on tira un coup de pistolet, fut pris, un moment après, d'épilepsie qui dura toute sa vie. On a vu un individu chez lequel la vue d'un objet rouge suffisait pour rappeler l'épilepsie. Chez d'autres, ce sont des odeurs fortes qui la déterminent. Une femme éprouvait des accès en sentant l'odeur du chanvre. Un individu avait la peau du conduit auditif externe si sensible, que lorsqu'un vent froid s'introduisait dans ce conduit, il était pris d'accès épileptiques. Les douleurs vives peuvent la déterminer. J'ai connu une femme épileptique qui avait en même temps un cancer au sein ; on pouvait prévoir les accès par la récrudescence de la douleur du sein. Une des causes occasionnelles les plus puissantes sont les fatigues, les exercices violents, les veilles prolongées. Tissot a cité le cas d'une jeune fille qui fut prise d'épilepsie après avoir plongé ses pieds dans l'eau froide.

D'autres agents qui, passant par le tube digestif sans le modifier sensiblement, vont porter leur action sur le cerveau, peuvent devenir des causes occasionnelles de l'épilepsie. Tels sont les liqueurs alcooliques, le café, certains poisons, certains médicaments narcotiques. Un individu fut pris d'épilepsie après avoir pris une dose assez faible d'extrait de jusquiame. L'insolation, un air renfermé et trop chaud, sont aussi des causes occasionnelles.

Voilà bien des causes diverses, mais elles convergent toutes en ce qu'elles agissent sur le système nerveux. Elles ont une influence telle, que si l'individu a une prédisposition à l'épilepsie, elle se montrera.

Deuxième cas. Le cerveau n'étant pas primitivement troublé.

Il n'est point d'organe dont l'altération ne puisse modifier le cerveau au point de déterminer la production de l'épilepsie.

Au nombre de ces organes on doit placer au premier rang le tube digestif. Les irritations nombreuses sont des causes occasionnelles principales, l'indigestion, les vers intestinaux, etc. Tissot a cité l'exemple d'un individu qui pendant longtemps ne put manger que du pain non levé, du miel et des raisins. Venait-il à manger autre chose, l'é-

pilepsie survenait. Les maladies du foie, des reins, de la vessie, peuvent être la cause occasionnelle de cette maladie. On l'a vue survenir pendant que la vessie présentait des calculs, et cesser quand elle en était débarrassée.

Qui ne sait quelle influence puissante les organes génitaux exercent sur la production de l'épilepsie? L'anonisme est principalement et surtout une des causes occasionnelles les plus fréquentes.

On considère aussi comme causes occasionnelles les lésions de la périphérie du corps, les tumeurs sous-cutanées. Pouteau rapporte l'observation d'un homme âgé de trente ans, qui reçut un coup sur le sommet de la tête. Pendant que la plaie ne se cicatrisa pas, rien d'extraordinaire n'arriva. Mais à peine le fut-elle, que survint l'épilepsie, qui dura pendant un an. Pouteau, consulté, fit rouvrir la cicatrice au moyen de la pierre, et l'épilepsie disparut. Par négligence, ou autrement, la plaie se cicatrisa de nouveau, et l'épilepsie revint. Pouteau fit mettre un pois dans la plaie qu'il changea en cautère, et l'épilepsie ne revint plus.

Voici quelques faits qui n'ont pas d'analogues dans la science.

Dans le tome LXII de la *Bibliothèque médicale*, on trouve le fait suivant. Un jeune homme de vingt-sept ans éprouvait des accès épileptiques toutes les fois que le temps était fortement orageux. Chez lui, l'électricité atmosphérique agissait sur une dent cariée dont l'extraction fit cesser l'épilepsie.

Un homme qui avait contracté une maladie vénérienne et qui avait un bubon à l'aine, fut pris d'épilepsie quand, par un traitement approprié, le bubon eut été guéri.

Voici la classification adoptée par M. Esquirol :

Deux espèces : 1° idiopathique ; 2° symptomatique.

Plusieurs variétés :

1re Siége et point de départ dans l'appareil digestif;

2e Angioténique;

3e Siége et point de départ dans le système des vaisseaux blancs;

4e Siége et point de départ dans l'appareil reproducteur;

5e Siége et point de départ dans la périphérie du corps.

Toutes ces causes diverses exercent une influence plus ou moins grande, selon quelques dispositions de l'économie.

Selon les âges, la tendance à l'épilepsie est d'autant plus grande que l'individu est plus jeune. Sur soixante-six cas observés par MM. Bouchet et Cazauvielh, le plus grand nombre eut lieu depuis la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans. Ce nombre fut en diminuant à mesure que l'âge augmentait.

Sur ces 66 cas, 38 dont le début eut lieu avant la menstruation, 28 après.

L'épilepsie est-elle héréditaire? Il règne du vague à cet égard, car aucun relevé statistique bien large n'a encore été fait.

En voici un qui roule sur 14 femmes épileptiques.

Ces 14 femmes on produit 58 enfants, 37 sont morts en bas âge avec des convulsions; sur les 21 restés vivants, 14 n'ont éprouvé ni épilepsie ni accidents nerveux, 7 ont eu des maladies nerveuses, 2 seulement ont été épileptiques.

Il y a dans la science quelques autres faits qui tendraient à prouver l'hérédité de cette maladie.

Les influences éprouvées pendant la grossesse peuvent-elles déterminer l'épilepsie? Cette question est encore douteuse.

La nourrice peut-elle transmettre cette influence avec le lait? Il n'y a qu'un fait cité par Portal, qui puisse donner à réfléchir sur cette question. Dans une famille nombreuse composée de huit enfants bien portants, le plus jeune, encore à la nourice, fut pris d'épilepsie sans cause appréciable. Le médecin s'avisa de rechercher si la nourrice n'était pas épileptique; on ne put pas prouver qu'elle le fût, mais on trouva que la sœur de la nourrice l'était.

Ces différentes causes occasionnelles ont-elles une influence plus grande selon les saisons? On a remarqué qu'en général les accès sont plus fréquents au printemps. Cela n'est cependant pas sans exception.

Il est d'observation que le plus grand nombre d'accès a lieu pendant la nuit. Est-ce à l'influence de la nuit ou du sommeil que l'on doit attribuer cette fréquence? Il est probable que c'est au sommeil.

Les deux sexes n'y sont pas également sujets: les femmes l'emportent de beaucoup.

Symptômes. Ils doivent être étudiés à quatre époques différentes :

1° Avant l'accès ;

2° Pendant l'accès ;

2° Après l'accès ;

4° Dans l'intervalle des accès.

1° *Avant l'accès.* Ces symptômes n'existent pas toujours. Ils peuvent être nuls, et alors l'accès est subit, foudroyant. Quand ils existent, ils sont très-variés. Et d'abord du côté du cerveau, ce sont surtout des signes de congestion cérébrale qui se remarquent. Ainsi, quelques minutes avant l'accès, les malades sont pris de vertiges, de céphalalgie, ont les yeux et la face injectés. Chez quelques-uns on remarque une modification de la sensibilité. Ainsi il y a des individus qui très-peu de temps avant l'accès sont pris d'une douleur plus ou moins intense, soit de froid, soit de chatouillement. Tout cela peut être éprouvé sur

des points du corps très-divers. Ainsi, pour les uns ce sera au sinciput, pour d'autres à l'occiput, pour celui-ci à la lèvre supérieure, pour celui-là à une mamelle; chez d'autres, ce qui cependant est rare, ce sera vers une des articulations scapulo-humérales. Ce qui est bien plus commun, c'est que les maladies éprouvent des douleurs aux mains, soit aux deux, soit à une, quelquefois bornées à un doigt, soit dans le membre supérieur, soit dans le membre inférieur, à la partie interne des cuisses, au mollet, aux orteils, à laplante des pieds, etc., etc.

Dans tous ces cas, il arrive que cette sensation se propage de bas en haut. Les malades sentent qu'elle va gagner deux points principaux : le cœur et le cerveau. Quelques-uns ne sentent rien du côté du cœur, mais tout, au contraire, du côté du cerveau. Quand cette sensation est arrivée au cœur, les malades sont pris de palpitations violentes. Parvenue au cerveau, il y a subitement perte du sentiment et de l'intelligence, syncope profonde.

C'est à l'ensemble de tous ces prodrômes que l'on a donné le nom d'*aura epileptica*. Encore une fois, ils n'existent pas toujours ; les cas où ils manquent sont même les plus fréquents.

Quelques malades, avertis par l'expérience, sentent l'approche de l'accès. Alors on en a vu qui, lorsqu'ils éprouvaient une douleur vers un doigt ou un orteil, se faisaient une ligature au-dessus de la douleur, et empêchaient ainsi l'accès. Ces cas, tout inexplicables qu'ils soient, n'en sont pas moins réels. On a vu aussi un cas de guérison opérée par l'application d'un moxa à la nuque, lieu où le prodrôme de l'accès se manifestait.

Ces phénomènes ne sont pas les seuls. Il y a des individus qui n'éprouvent qu'une céphalalgie intense ; chez d'autres, et surtout chez les femmes, ce sont des maux de reins. Ceux-ci éprouvent une notable exaltation de la sensibilité cutanée, tandis que d'autres éprouvent de la diminution. Quelques-uns présentent des hallucinations variées qui portent sur la vue, l'ouïe, l'odorat. Il y en a qui sentent des odeurs agréables ou fétides, sans qu'aucune émanation odorante existe. Il y en a d'autres qui sont tourmentés par des bruits singuliers de cascades, de fusées, de coups de canon, de coups de fouet, d'un vent qui souffle avec violence. Plus d'une fois on a observé des individus qui, au moment de l'accès, voyaient un cheval près de les écraser. Tissot a rapporté le cas singulier de ce jeune homme, qui, avant l'accès, croyait voir venir à lui, avec une grande rapidité, un carrosse dans lequel était un homme en bonnet rouge. Ceux-ci aperçoivent une vive lumière, ceux-là un fantôme, etc.

Chez d'autres, ce qu'on observe avant l'accès, c'est un affaiblissement de quelque sens, soit de la vue, soit de l'odorat, etc.

Quelquefois le prodrôme consiste en une modification du mouvement. On voit des individus qui, avant l'accès, éprouvent une faiblesse musculaire; d'autres une paralysie partielle, d'autres qui ont le mouvement exalté ou perverti, et qui ont des convulsions et des crampes partielles. Un individu, pendant les cinq minutes qui précédaient l'accès, éprouvait le besoin de courir; un autre était forcé de tourner sur lui-même; chez plusieurs, c'est une convulsion particulière des muscles du larynx qui produit des cris bizarres et sauvages.

L'intelligence peut encore être modifiée avant l'accès. Les individus peuvent être dominés par une idée fixe, peuvent éprouver des affections morales, de la tristesse, une mélancolie profonde; ils peuvent être inconstants, mécontents de tout, des autres et d'eux-mêmes, être très-irascibles, contrariés par tout.

Le prodrôme peut consister en un simple trouble du sommeil, tel que l'insomnie, sommeil agité, rêves pénibles, etc.

Il y a des individus dont le prodrôme principal consiste en des palpitations; chez d'autres, il portera sur les voies digestives.

Chez d'autres, l'urine sera rejetée involontairement. L'économie participe tellement tout entière à la scène qui se prépare, que la circulation capillaire elle-même peut être troublée. Ainsi, chez quelques épileptiques le retour de l'accès est caractérisé par des rougeurs à la peau.

On a cité le cas d'un individu qui avait une urticaire avant l'accès; un autre chez lequel le haut des narines et la partie située entre les deux sourcils se gonflaient et devenaient rouges; d'autres dont les veines du front se gonflaient, d'autres chez lesquels c'étaient les veines du bras et de la main.

Tels sont les accidents variés qui constituent les prodrômes de l'épilepsie quand ils existent.

2° *Symptômes qui se montrent pendant l'accès et qui le caractérisent.* L'accès d'épilepsie, quoique ayant des caractères fondamentaux, n'est pas toujours tellement semblable à lui-même, qu'il ne faille en établir diverses formes.

Nous devons en reconnaître trois :

1er Grand-mal;

2e Petit-mal, vertiges, étourdissements;

3e Absences.

1re Forme. — *Grand-mal, accès d'épilepsie* proprement dit. Soit qu'il y ait eu ou non des prodrômes; que le malade ait été ou non averti, il tombe sans connaissance, et avant, il pousse souvent un cri qui a quelque chose d'étrange et d'effrayant. Ce cri peut manquer, et alors on entend un gémissement sourd.

En même temps apparaissent chez lui diverses lésions du mouvement, du sentiment et de l'intelligence.

1° Du mouvement. Trois temps à distinguer :

1er temps. Roideur cadavérique ;
2e — Convulsions ;
3e — Affaissement musculaire.

Dans le premier temps, le malade est couché sur le dos, la tête fortement rejetée en arrière; les yeux largement ouverts, présentant quelque chose de farouche, et dans le strabisme ; la bouche fortement écartée, la langue faisant saillie au dehors, les dents serrées contre elle et la déchirant. Le reste du corps participe à ce phénomène : les membres supérieurs et inférieurs sont roides. Tout cela dure un peu de temps ; après lequel le deuxième temps, celui des convulsions, commence. Cette face tout à l'heure immobile, offre des mouvements musculaires variés; les grimaces les plus diverses, qui sont dues à une force musculaire si grande, que l'articulation de la mâchoire inférieure en est quelquefois luxée. En même temps les membres sont convulsés; les bras sont pris de fortes secousses qui se succèdent au nombre de cinq ou six. Dans les membres inférieurs, ces convulsions sont moins prononcées que dans les membres supérieurs. J'ai vu un cas où les convulsions n'existaient qu'aux membres inférieurs. Les muscles du tronc participent à ces convulsions. Il y a des cas où les convulsions n'existent que d'un seul côté. Ces deux temps ensemble peuvent durer d'une à dix minutes.

Le troisième temps est caractérisé par l'affaissement musculaire. Ce système musculaire, brisé par les efforts violents des convulsions, tombe dans le relâchement, l'affaissement. Ce troisième temps peut durer plus longtemps que les deux autres.

Lésions du sentiment. — Pendant ces trois temps, le sentiment est complétement anéanti. On peut piquer, dilacérer, brûler les malades, ils n'en ont pas conscience : la sensibilité cutanée est totalement abolie. Il en est de même du sens de l'ouïe, de l'odorat, de la vue.

Lésions de l'intelligence.—Elles sont beaucoup plus profondes. Le malade perd connaissance depuis le premier temps jusque vers le milieu du troisième. Quand l'affaissement musculaire commence, ainsi que le coma, à se dissiper, peu à peu le malade revient à lui, et quand il regarde, il est comme stupide, il prononce des mots sans suite; il n'est tourmenté que d'un seul désir, celui de se reposer. Alors ordinairement, il s'endort, et il se réveille ordinairement avec l'intelligence saine.

Quelquefois le coma persiste pendant un certain temps. On appelle cet état accès apoplectiforme.

Dans cet état, que deviennent les fonctions de nutrition ? La circulation peut être troublée, et elle l'est toutes les fois que le prodrôme n'a pas consisté en une congestion cérébrale. Dans la roideur, il y a pâleur de la face; mais dans le passage du temps de roideur au temps de convulsion, apparaissent des signes de congestion. On remarque une teinte violacée qui couvre la face, le cou, quelquefois tout le corps. Dans ce moment, des palpitations violentes peuvent avoir lieu. Le pouls a ordinairement une grande fréquence.

Lésions de la respiration. — Si l'accès est mortel, c'est par la respiration qu'il le devient. Pendant la roideur elle peut être suspendue, comme anéantie. Dans les convulsions elle est saccadée, inégale, laborieuse. Dans l'affaissement musculaire, elle devient large, abondante ; l'expiration est quelquefois bruyante; et c'est alors qu'apparaît ce phénomène caractéristique de l'épilepsie, l'écume à la bouche.

Il y a des individus qui pendant l'accès rendent les matières fécales, l'urine, le sperme, etc.

Cet accès peut durer d'une à deux minutes jusqu'à quinze et vingt. On trouve décrits dans les auteurs des accès qui ont duré plusieurs heures, des jours, plusieurs jours. Ils se sont trompés. Dans ces cas-là ce sont des séries d'accès qui arrivent à la suite les uns des autres. Quelle doit être alors la fatigue, la brisure des malades qui présentent ainsi cette série d'affections ! La mort arrive fréquemment dans ces circonstances.

2e forme. — *Petit-mal ; étourdissements, vertiges.*

Cette forme des accès est très-curieuse. On peut dire d'abord que ces petits accès précèdent ordinairement les grands. Il est difficile d'en donner le caractère et d'en faire une description générale. On voit les individus perdre subitement connaissance, perdre le sentiment, présenter la roideur, les convulsions, mais tout cela partiellement. Il n'y a pas de coma dans cette forme.

3e forme. — *Absences.* Le malade qui en est atteint s'arrête tout à coup dans ce qu'il fait. Il éprouve un anéantissement subit du sentiment et de l'intelligence, sans que pour cela le mouvement soit altéré. On doit remarquer que cette troisième forme n'est souvent qu'intercalée dans des accès plus forts.

Ces trois formes s'entremêlent, et l'on voit rarement la deuxième et la troisième isolées de la première.

3° *Symptômes après l'accès.* Le symptôme constant, invariable et que je regarde comme caractéristique de l'épilepsie, c'est l'oubli

profond de ce qui est arrivé. Ce que le malade se rappelle, c'est de s'être trouvé mal.

Il éprouve ordinairement un peu de fatigue au réveil. On observe quelquefois un phénomène singulier : certains individus ont, après l'accès, l'intelligence plus développée, plus lucide.

On a quelquefois observé quelques accidents. L'intelligence a pu se troubler, la sensibilité se modifier. Dans quelques cas, il est survenu une horreur pour les liquides; dans d'autres, quelques lésions du mouvement, des tics; d'autres ont présenté le strabisme; quelques-uns ont été hémiplégiques, d'autres ont eu des taches rouges sur la peau; ceux-là le pourtour des yeux et du nez piqueté. On cite un cas où l'accès fut suivi d'hémoptysie abondante.

4° *Phénomènes qu'on observe dans l'intervalle des accès.* C'est un état très-satisfaisant de santé, si les accès sont rares; mais plus ils se rapprochent, plus la santé générale s'altère. C'est surtout vers l'intelligence que se remarquent les altérations.

Marche. Elle peut être divisée en celle dont le retour est régulier, et en celle dont le retour est irrégulier, suivant la fréquence. Quelques individus n'ont qu'un accès dans la vie, d'autres un tous les ans, un tous les mois, enfin tous les jours et plusieurs fois par jour. L'épilepsie peut se suspendre pendant un grand nombre d'années. Quand elle est ainsi suspendue, on ne doit pas dire qu'elle est guérie, car on a vu les accès reparaître après douze et quinze ans d'interruption.

Il est des cas où les accès deviennent de plus en plus forts, d'autres où ils deviennent de plus en plus faibles; il en est enfin qui ont des alternatives de force et de faiblesse.

Il est certaines circonstances qui exercent une influence heureuse sur l'épilepsie. Ainsi on l'a vue cesser par cela seul que les malades étaient pris de fièvres intermittentes. Certaines maladies aiguës sont dans ce cas. Chez les enfants, la rougeole et la scarlatine ont une heureuse influence sur les accès. Diverses maladies du tube digestif les ont fait disparaître. La grossesse est quelquefois une circonstance favorable : ce cas n'est pas sans exception.

Terminaison. L'épilepsie peut se terminer par la guérison. Cette heureuse terminaison se remarque surtout chez les enfants; car lorsque l'épilepsie franchit l'âge de puberté sans être guérie, on a beaucoup moins de chances de guérison. On a vu des enfants chez lesquels l'épilepsie cessait à l'âge de sept à huit ans; elle se montrait ensuite à l'âge de la puberté. Après la puberté, la guérison est très-rare. Un des cas de guérison les plus remarquables est celui cité par Tissot, d'un individu qui resta épileptique jusqu'à l'âge de trente ans. A cet âge les accès cessèrent tout à coup et ne reparurent plus. L'individu parvint à un âge très-avancé. Dans le plus grand nombre de cas, malheureusement elle ne guérit pas. En se prolongeant, elle détermine diverses maladies, et il est vrai de dire qu'en général les épileptiques n'arrivent pas à un âge avancé. Quelques-uns meurent pendant l'accès.

Traitement. Pendant l'accès, il est très-simple. On n'a aucun moyen de le suspendre. Dans le plus grand nombre de cas, on doit se borner à empêcher le malade de se blesser.

Il faut renoncer à ces substances excitantes vulgairement administrées, et qui ne peuvent produire que du mal. Cependant quand l'accès est trop intense ou qu'il se prolonge trop, lorsqu'on a à craindre que l'état comateux ne détermine l'apoplexie, alors il faut agir, il faut désemplir le système sanguin et ouvrir la veine, soit pendant les convulsions, ce qui est difficile, soit après les convulsions. Il est certain que la saignée a l'avantage de faire cesser cet état comateux. Si après l'accès aucun accident ne se présente, il n'y a rien de mieux à faire que de laisser dormir le malade. Si, au contraire, il y a quelques signes de congestion vers le cerveau ou les poumons, il ne faut pas hésiter à recourir aux évacuations sanguines. On emploie aussi avec succès les révulsifs, les sinapismes. Il est d'autant plus important de recourir aux révulsifs, qu'il n'est pas prouvé que le coma soit lié à une congestion cérébrale. Chez une femme épileptique morte pendant le coma, on n'a pas trouvé la moindre trace de congestion; mais en revanche on a trouvé un épanchement de sérosité extrêmement considérable dans les ventricules.

Avant l'accès y a-t-il quelque chose à faire? Quand l'*aura epileptica* se déclare, on peut, en agissant sur cette espèce de courant nerveux, faire avorter l'accès d'épilepsie.

Entre les accès. Il est très-important de bien faire attention aux causes qui produisent la maladie, car le traitement doit être aussi varié que ces causes. Il en est de l'épilepsie comme des convulsions; et nous ne pourrions entrer ici dans tous les détails que comporte ce sujet.

Il est cependant important de dire quelques mots des révulsifs cutanés. Les vésicatoires peuvent être d'un grand secours. Morgagni, d'après un médecin napolitain, cite un cas de guérison par ce moyen. On a employé avec quelques avantages les sétons, les moxas, les ventouses à la nuque. Les cautères à la pierre ou actuels ont aussi procuré quelque soulagement. Quant au cautère actuel, il est important d'observer que si l'on a cité quelques observations de guérison par ce moyen, il en est un bien plus grand nombre où ce moyen a été préjudiciable. L'exaspération de la mala-

die, et quelquefois la mort, ont été le résultat de son emploi sur lequel il faut être très-réservé.

Au reste, ces révulsifs peuvent être appliqués sur différents points du corps. Je pense qu'il faudrait les éloigner de la tête. On a cité le cas d'un individu qui fut guéri par une brûlure à la cuisse. La brûlure détermina une large plaie qui suppura pendant longtemps et qui se cicatrisa peu à peu. Quand elle le fut entièrement, l'épilepsie reparut.

On a quelquefois réussi en appliquant les révulsifs à l'endroit même où l'*aura epileptica* prenait naissance.

Un individu, âgé de 46 ans, était épileptique depuis quatorze ans. Il était devenu stupide; on le trépana, et cette opération fut suivie de guérison de l'épilepsie et de retour aux facultés intellectuelles.

On a quelquefois réussi à guérir les accès en détruisant la partie à laquelle l'*aura epileptica* prenait naissance. On a réussi en coupant le nerf radial; quelquefois en enlevant une tumeur.

Bains. Les bains très-chauds ne conviennent pas. Il faut excepter le cas où il s'agirait de rappeler ou de favoriser une éruption cutanée; mais alors il faudrait faire des affusions froides sur la tête. Les bains tièdes n'ont eu aucun succès; il en est de même des bains frais. Quant aux bains froids, qui ont été beaucoup préconisés, on n'en a retiré que de médiocres avantages. Les bains de mer n'ont aucune vertu par eux-mêmes, mais ils agissent par la distraction que le voyage procure aux malades; car, quoique l'épilepsie soit une des maladies les plus rebelles à la médecine, on ne peut cependant nier que l'imagination n'y joue un très-grand rôle. M. Esquirol a observé que toutes les fois qu'on employait un médicament nouveau chez les épileptiques, son administration était suivie de quelque soulagement.

Il faut explorer avec une grande attention tous les organes, combattre les complications qui pourraient survenir, porter son attention surtout vers l'utérus, la régularité des règles; employer un régime doux, etc., etc.

D'autres médecins ajoutent à ces moyens des spécifiques auxquels ils attribuent le pouvoir de guérir l'épilepsie. Ces moyens ont presque tous échoué quand d'autres médecins ont voulu en faire usage. Comme histoire de l'art, et pour ne pas s'exposer à faire des essais infructueux, il est assez curieux de passer ces agents thérapeutiques en revue; non pas que je veuille vous énumérer toutes les drogues que la crédulité ou le charlatanisme ont mis en vogue. Je ne vous parlerai certainement pas de la râclure des os du crâne, du sang humain, ni du méconium des enfants nouveau-nés. Dans l'impossibilité où je suis de classer méthodiquement tous ces prétendus antiépileptiques, je vais tout bonnement adopter l'ordre alphabétique.

Acide carbonique; acide hydrocyanique. L'administration de ces deux substances repose sur un fait théorique et physiologique. On a dit : puisque ces deux substances ont pour effet principal d'énerver, d'affaiblir le système musculaire, il sera utile de les administrer dans l'épilepsie. Le succès n'a pas répondu à cette idée *à priori*. D'ailleurs il était facile de voir que l'épilepsie ne consiste pas entièrement dans les convulsions.

Ambre gris. Il a été donné sans succès.

Antimoine et ses préparations. De toutes, c'est le tartre stibié à hautes doses que l'on a le plus employé. L'oxyde blanc d'antimoine a aussi été préconisé.

Argent (nitrate d'). Il a été quelquefois employé sous forme liquide, mais bien plus souvent en pilules, uni à une poudre inerte ou à un extrait végétal. Il convient mieux de lui donner pour excipient une poudre inerte, car presque tous les extraits végétaux ont la propriété de décomposer ce sel.

M. Lombard de Genève l'a administré depuis un seizième de grain, deux fois par jour, jusqu'à un quart de grain, huit fois dans les vingt-quatre heures.

Ce médecin l'a administré à 24 malades dont 11 seulement épileptiques. Sur ces 24 malades, 5 eurent des douleurs d'estomac, qui ne tardèrent pas à se dissiper, 5 autres eurent la diarrhée légère; un seul éprouva une constipation constante pendant l'administration du nitrate, sans que les fonctions digestives parussent être troublées.

A côté de ces cas, il en est d'autres où l'emploi de ce médicament à plus haute dose a déterminé des accidents graves du côté des voies digestives.

Ce qu'il y a de remarquable dans les observations de M. Lombard, c'est qu'aucun de ses malades n'a présenté ce teint plombé ou noirâtre que l'on observe quelquefois après l'administration du nitrate d'argent, sans qu'on puisse attribuer ce résultat négatif aux précautions prises contre la lumière solaire, encore moins aux doses administrées, ou à la durée du traitement. La seule circonstance qui ait pu mettre ces malades à l'abri de cette coloration, est le soin qu'a pris M. Lombard d'interrompre le traitement pendant quelque temps.

Quant aux effets thérapeutiques du nitrate d'argent, relatifs à l'épilepsie, voici ce que M. Lombard a remarqué sur les onze cas qu'il a observés. Sept en ont pris plus d'un scrupule, et quatre, sur ces sept, plus d'un gros. Les effets ont été nuls chez trois malades, et plus ou moins avantageux chez les huit autres. Sur ces huit malades, sept virent leurs

accès s'éloigner ou diminuer d'intensité. Chez un seul ils disparurent complétement, et n'avaient pas reparu depuis dix-huit mois à l'époque où M. Lombard publia son mémoire.

On peut faire à M. Lombard une objection sérieuse. Rien n'est plus variable, plus irrégulier que le retour des accès d'épilepsie; or rien ne prouve que les effets qu'il attribue au nitrate d'argent soient réellement dus à cet agent (Voyez *Gazette médicale*, 1832, n° 70).

Armoise. Effets nuls.

Assa-fœtida. Employé surtout en Angleterre.

Camphre. Plus nuisible qu'utile.

Castoréum. C'est un puissant antispasmodique. Son emploi dans l'épilepsie n'a donné aucun résultat satisfaisant.

Cuivre et ses préparations, surtout le sulfate de cuivre ammoniacal. Rien de positif.

Poudre de dyctame. Pour mémoire.

Digitale. Rien.

Électricité. A été employée sous différentes formes : une fois elle a été nuisible; dans quelques cas, elle paraît avoir été utile.

Le fer et ses préparations. Rien de positif.

Gui du chêne. Complétement abandonné.

Jusquiame. Rien.

Eau distillée de laurier-cerise. Rien.

Mercure. Souvent employé. Action douteuse.

Musc. Tissot le vantait beaucoup. Dans le tome XIX des *Archives*, on trouve des observations où son administration paraît avoir été suivie de succès.

Narcisse des prés. Pour mémoire.

Opium. En général doit être proscrit, à moins qu'il ne faille agir sur une vive douleur qui serait le point de départ de la maladie.

Feuilles d'oranger. Effets trop faibles.

Pivoine. Idem.

Plomb (acétate de). Effets nuls.

Prussiate de fer. On n'a rien de décisif.

Quinquina. Pourrait être utile si l'épilepsie se montrait périodique, régulière.

Rhue;

Succin;

Bi-succinate d'ammoniaque;

Sedum âcre;

Stramonium;

Strychnine;

Tous ces médicaments ont été administrés sans succès.

Térébenthine. M. Foville, dont le scepticisme est connu, a réussi à guérir un épileptique par l'emploi de ce médicament.

Valériane. Tissot avait une grande confiance en ce médicament.

Zinc (oxyde de). Quelques médecins l'ont beaucoup vanté, lorsque d'autres n'en ont retiré aucun avantage.

DE L'EXTASE.

De mot *extase* indique déjà en quelque sorte la physionomie de cette maladie. Qu'arrive-t-il dans cet état? Dominé par une seule idée, l'individu absorbe toutes les facultés de son intelligence vers cette idée, et il semble alors que l'influence nerveuse, en tant qu'elle s'exerce sur toutes les parties du corps, ait reçu des modifications profondes.

L'exagération des idées religieuses a surtout donné lieu à l'extase.

Ce n'est point seulement l'intelligence qui est modifiée dans cet état, mais encore toutes les autres fonctions de la vie de relation et de nutrition.

Pour avoir une idée parfaite de l'extase, il faut lire la définition ou plutôt la description qu'en a donnée sainte Thérèse, qui a été une des plus célèbres extatiques. Voici ce tableau tracé par Pinel d'après les propres paroles de sainte Thérèse : « D'abord, attention concentrée par une lecture pieuse, puis recueillement profond, ou sorte de quiétude avec le sentiment d'une joie enivrante. Dans le troisième degré, jouissances les plus vives et les plus pures, essor d'un amour ardent, sorte d'exaltation voisine de la folie. Dans le quatrième degré, marqué par une sorte d'évanouissement et de défaillance totale, le ravissement extatique est porté au plus haut degré de vivacité et de force : respiration suspendue, plus de mouvement des membres, yeux involontairement fermés, perte de la parole, suspension de l'usage des sens, pendant que toutes les facultés morales semblent s'élever au plus haut degré d'énergie, ou plutôt contracter une sorte d'union intime avec l'objet idéal de ces illusions fantastiques. Le ravissement saisit alors avec tant d'impétuosité, qu'on se croit transporté dans les nues, habiter dans le ciel, goûter les avant-coureurs d'une félicité suprême. Perte d'haleine, pouls insensible, rigidité des membres, état apparent de mort, position et attitude antérieures conservées dans leur intégrité: c'est l'époque des épanchements d'un amour ardent, des promesses solennelles, des résolutions héroïques. » (Pinel, *Nosographie philosophique*, tome II, page 130, 1re édit.)

Les extatiques dont le nom est devenu célèbre, le sont devenus par amour pour la poésie, pour les beaux-arts, pour la philosophie, pour les sciences, pour la religion ou la morale, ou, enfin, par contemplation de Dieu et de la nature. L'extase est ordinairement de courte durée, comme toutes les grandes passions et l'exaltation des facultés morales et intellectuelles. Elle est favorisée par la solitude, le silence, le recueillement qui, en concentrant l'attention sur un objet, font que les sens se ferment aux impressions extérieures. Ainsi fut Archimède qui, tout absorbé dans la solution d'un problème de géométrie, n'éprouvait aucun besoin et restait sourd, au rapport de Plutarque, au tumulte de sa ville

prise et saccagée par des soldats étrangers. Platon dit de Socrate, qu'il resta vingt-quatre heures à la même place, immobile, exposé à l'ardeur du soleil brûlant, livré tout entier aux profondeurs de l'intuition.

Dans l'extase, la sensibilité viscérale et cutanée, et les sens eux-mêmes sont quelquefois complétement abolis. Dans un ravissement extatique, Paul l'apôtre se crut transporté dans le ciel et ressentit si peu son corps, qu'il ignore si ce corps resta sur la terre, ou s'il fut enlevé dans l'espace céleste. « Là il entendit des choses miraculeuses et ineffables, qu'il n'est point permis à l'homme de rapporter, et que les hommes ne sont point capables de comprendre. » Toutes les hallucinations les plus variées peuvent se produire, et les extatiques racontent leur état avec tant d'énergie et de conviction, qu'il est impossible de ne pas ajouter foi à leurs sensations. Du côté des mouvements, les désordres les plus variés peuvent survenir, depuis les convulsions jusqu'à la paralysie.

Les troubles de la vie de nutrition sont aussi remarquables que ceux de la vie de relation. Ainsi on a vu que des individus dans l'état d'extase peuvent se passer de nourriture pendant un certain temps; et ces extatiques sont comparables, sur ce point, aux individus chez lesquels s'est allumée la fièvre. La circulation se ralentit; en général la peau devient froide et les sécrétions ne s'accomplissent plus normalement.

L'état d'extase peut exercer une influence sur le développement d'un certain nombre de maladies. Les névralgiés sont souvent la conséquence de cet état, comme aussi des congestions variables peuvent se produire. Il en est de l'extase comme de la colère ou de la frayeur, qui produisent la pâleur chez les uns, la rougeur chez les autres.

L'apparition de l'extase peut entraîner la guérison de certaines maladies. C'est en effet une profonde perturbation du système nerveux, qui est comparable, jusqu'à un certain point, à l'action des narcotiques. On a vu même des extatiques qui se sont guéris de leurs maladies par la force de leur volonté; et il ne me répugne pas d'admettre que la puissance de l'extase puisse guérir non-seulement des névroses, mais même des maladies qui n'ont pas jeté de profondes racines dans l'économie, comme les hypérémies.

Remarquons cependant que ces guérisons sont devenues de plus en plus rares dans notre siècle de lumières, elles fourmillent au contraire dans les temps passés, temps dans lesquels il était facile d'en imposer à l'ignorance ou à la crédulité publique.

Cet état extatique est sporadique et souvent épidémique. Les annales de la science fournissent trois ou quatre cas d'extases épidémiques. Dans l'un et l'autre cas les formes sont les mêmes. Le docteur Bertrand, mort il y a quelques années, a fait un très-bon ouvrage sur l'extase. C'est un résumé des cas les plus curieux, qui ont étonné le monde depuis les temps fabuleux de la mythologie jusqu'au baquet de Mesmer.

(Comme appendice aux idées de M. Andral sur l'extase, le lecteur nous pardonnera de lui citer les réflexions suivantes de M. Calmeil sur le même sujet, art. *Extase* du *Dict. de Méd.* en 25 vol.).

« L'on ne peut guère se refuser à admettre différentes sortes d'extases. Les individus qu'on représente comme *pétrifiés,* éprouvant le sentiment unique d'une vive frayeur ou d'une douleur inattendue, ne subissent-ils pas un accès extatique particulier? Ces amants épris d'amour, dont parlent H. de Heers et quelques autres écrivains, que l'on ne parvint à rendre à la vie active qu'en leur criant avec force que l'on ne s'opposerait plus à leur bonheur, n'étaient-ils pas dominés par une passion extatique? M. Desessarts a connu un jeune Anglais qui perdait par accès l'usage de tous les sens, et qui résolvait, pendant les crises extatiques, des problèmes de mathématiques qui ne l'avaient point occupé auparavant.

L'extase mystique s'observe principalement sur des personnes ferventes adonnées au jeûne, à la prière, habituées aux privations de sommeil, à une vie purement ascétique et contemplative; de sorte qu'à l'aide de certaines pratiques, l'on peut, jusqu'à un certain point, acquérir une affection nerveuse, qui porte une atteinte incontestable à la raison. Ainsi s'explique la fréquence de l'extase parmi les pieux cénobites, les anachorètes et les ermites, soumis, pour la plupart, à un genre de vie dont la conformité est frappante. Ainsi peut s'expliquer la sévérité que l'on déploya dans un siècle qui fut témoin des convulsions des Cévennes et des miracles du diacre Pâris, contre une femme dont les efforts tendaient surtout à procurer à ses semblables des ravissements qu'elle croyait tenir de Dieu même.

L'extase se manifeste ordinairement par accès. Sa durée est variable, et peut se prolonger indéfiniment, si l'on ne parvient pas à soustraire les malades à leurs habitudes mystiques, à leur imprimer un genre de vie beaucoup plus actif et moins austère. La fin des accès est caractérisée par un grand abattement, un sentiment très-prononcé de fatigue. Beaucoup d'extatiques ont fourni une carrière avancée; d'où l'on peut inférer que l'état extatique n'exerce point une influence funeste sur les fonctions purement physiques; seulement l'on doit nourrir les malades.

La suspension des mouvements volontaires et de l'exercice des sens rapproche l'extase

de la catalepsie. Dans l'extase, il existe une exaltation des sentiments, des opérations intellectuelles ; dans la catalepsie, toutes les facultés de l'âme sont dans un repos absolu. Il est donc facile, en demandant compte au malade qui sort d'un accès cataleptiforme, des phénomènes intellectuels dont il conserve le souvenir, de prononcer sur la nature de son affection nerveuse, tandis que les symptômes extérieurs ne peuvent jeter aucun jour sur le diagnostic différentiel de l'extase et de la catalepsie. Plusieurs femmes hystériques ont des visions, des hallucinations à la manière des extatiques. A la fin de leurs extases, plusieurs femmes accusent de l'oppression, versent des larmes abondantes, comme dans l'hystérie : l'extase et l'hystérie offrent donc des traits de ressemblance. Les individus qui font usage de breuvages opiacés sont aussi habitués, eux, à planer dans les espaces célestes, à goûter toutes sortes de béatitudes ; mais ces individus trahissent, par la pétulance des mouvements, par des actes de violence, le transport qui les agite intérieurement. Toutefois l'hypnotisme reproduit quelques phénomènes qui sont surtout habituels chez les sujets en extase. Hippocrate ne semble point établir de différence importante entre l'extase et le délire frénétique, par exemple. Dès le quatrième siècle, il s'éleva des doutes sur l'état de raison de Siméon le *stylite,* dont les extases étaient quelquefois d'une durée effrayante et presque en tout semblables à la catalepsie. Sennert attribue l'extase aux mouvements de l'enthousiasme. L'extase nous paraît constituer une variété du *délire exclusif.* Les monomaniaques ne se distinguent-ils pas surtout par l'exaltation de certains sentiments, la concentration des idées, la rapidité des hallucinations ? Le pieux Baillet confesse que, du temps même de sainte Thérèse, on la soupçonna possédée du démon, et qu'il fut question de lui faire subir l'exorcisme. La forme extatique du délire est loin d'être rare dans les établissements d'aliénés, et c'est uniquement dans ces sortes d'hospices que l'on apprend à connaître toutes les lésions de l'intelligence et des passions affectives, toutes les variétés d'hallucinations qui tendent à suspendre l'exercice des sens, des mouvements volontaires, et à imprimer à toutes les parties de la face et du corps l'expression que l'on assigne à la catalepsie. Nous avons vu plusieurs de ces malades garder le lit pendant des mois entiers, la poitrine et le cou roides, les membres inflexibles et tendus, se laisser soulever comme des cadavres, saisis par le froid, sans obéir, alors même qu'on les stimulait, à aucun mouvement volontaire, ne manifestant jamais ni faim ni soif, n'avalant qu'avec une extrême lenteur et à la longue les aliments à demi liquides que l'on insinuait dans leur bouche. De notre temps et dans notre climat, l'on peut affirmer que l'extase mystique est la moins commune. Toutefois j'ai observé l'extase mystique sur deux jeunes séminaristes, sur un jeune Irlandais appartenant à la religion réformée, sur des femmes hystériques. D'un moment à l'autre, cette maladie peut, sous l'influence de certaines dispositions morales, éclater parmi nous, et s'y répandre à la manière des affections nerveuses épidémiques.

Les phénomènes de l'extase, constitués tous par des lésions des fonctions cérébrales, se rattachent, sans aucun doute, à un état pathologique des grands centres nerveux. La prédominance incontestable des dispositions amoureuses sur certaines femmes extatiques pourrait porter à penser que, dans quelques cas, l'*excitation utérine* a précédé le dérangement de l'encéphale, et qu'elle a contribué à sa production. Mais ne peut-on pas aussi considérer comme un symptôme propre à l'extase, l'exaltation qui règne dans certaines facultés affectives des femmes extatiques ? Cabanis a fait remarquer, en se fondant sur ce qui se passe dans les extases, « que la sensibilité se comporte à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée, et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ces canaux, diminue proportionnellement dans les autres. » (*Rapports du physique et du morale,* etc., tom. 1er, page 121.) Cet aperçu de Cabanis n'établit aucunement la concentration du fluide nerveux dans le cerveau des sujets extatiques, et nous nous abstenons de consigner ici toutes les théories absurdes qu'on a inventées pour expliquer l'extase.

Il est fort difficile dans l'extase de procéder à des recherches anatomico-pathologiques. Lorsque les phénomènes sont à peu près instantanés, ainsi que cela avait lieu chez saint Cyprien, Le Tasse, Mahomet, Cardan, etc., la lésion cérébrale disparaît avec l'accès, et les ouvertures de corps pratiquées plus tard n'enseignent rien. Sur les aliénés dont l'extase est continue, l'on craint toujours que les poses cataleptiformes ne soient commandées par la volonté ; un malade entend la voix de Dieu, qui lui ordonne de ne pas bouger : un autre est dominé par l'idée qu'on le mettra à mort s'il tente le moindre mouvement : ainsi le médecin est exposé à se méprendre sur la nature véritable de la maladie qu'il a sous les yeux, et si le sujet meurt, l'on n'ose pas au moment de l'autopsie, décider si l'on a réellement affaire à un individu mort dans l'extase. Ces considérations nous déterminent à ne consigner ici aucun détail nécroscopique.

Le traitement des extases devenues presque habituelles ne doit pas différer de celui

des autres espèces de monomanie. L'extase mystique disparaît par la fréquentation des autres hommes, le changement d'habitudes, un travail actif qui éloigne le sujet de la contemplation, de la vie purement spéculative et intellectuelle. Comme la plupart des malades se complaisent dans leurs sensations extatiques, il faut apporter quelquefois une grande persévérance et beaucoup d'adresse dans l'application des moyens de traitement. Le changement de lieu, les voyages, l'exercice à pied, une conversation animée, au moment où l'on redoute le retour des accès, préviennent souvent leur invasion : c'est surtout au moment où les sens commencent à perdre de leur excitabilité, qu'il convient de les stimuler, de secouer le malade, de le contraindre à marcher, de le surprendre par le contact brusque de l'eau froide sur la face : si l'accès existe déjà, la stimulation des sens doit être fort modérée, et produit rarement le résultat que l'on espère obtenir par ce moyen. Les accords de la musique, l'odeur de l'ammoniaque, des éclats de voix, l'application de sinapismes, suffisent, dans quelques cas, pour faire cesser la crise extatique. Lorsque la durée des phénomènes se prolonge, la faim ne contribuant qu'à exalter les fonctions cérébrales demeurées en exercice, il convient d'introduire par la bouche ou par le nez une sonde œsophagienne et de nourrir le malade, dont il faut aussi entretenir la chaleur pendant la saison froide et humide. Le stylite Siméon était presque mort d'épuisement, de froid, et paraissait plongé dans le marasme, lorsqu'on le recueillit presque à l'état de cadavre. Sur les femmes, l'on se propose souvent de remplir des indications particulières, par l'emploi du bain de siége composé avec la décoction de morelle noire, des lavements camphrés, d'eau de mauve et d'assa-fœtida, par l'usage de boissons rafraîchissantes et nitrées. La saignée ne convient que rarement, la pléthore sanguine coïncidant rarement avec l'extase; très-souvent, au contraire, l'on doit substituer aux pratiques du jeûne, des repas réguliers et des aliments réparateurs. »

DE L'HYSTÉRIE.

On peut considérer l'hystérie comme un résumé qu'opère la nature souffrante, comme un abrégé des névroses que nous venons de passer en revue, présentant néanmoins quelque chose de particulier qui la caractérise. Nous trouverons, en effet, dans l'hystérie des symptômes de la chorée, de l'épilepsie, etc.; l'intelligence, le sentiment sont aussi troublés; en un mot, c'est de toutes les névroses que nous venons d'étudier, la plus complexe.

Le nom d'hystérie lui vient de son point de départ supposé de l'utérus. Elle a été connue pendant longtemps sous des noms très-différents, tels que *maux de nerfs, affection vaporeuse, vapeurs;* cette dernière expression est très en usage dans le monde.

Causes. L'hystérie s'observe presque exclusivement chez les femmes. Elle s'observe quelquefois chez les hommes, ce qui prouve que l'utérus n'est pas son point de départ indispensable. Cette maladie frappe surtout les jeunes femmes, et plutôt les jeunes filles que les femmes mariées. Je dois ajouter que l'hystérie n'est pas tellement propre à cet âge, qu'on ne l'observe à des époques plus avancées de la vie. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit des femmes à l'époque critique devenir hystériques. On a vu même l'hystérie se développer sur de vieilles femmes.

Si les femmes sont plus sujettes à l'hystérie que ne le sont les hommes, ce n'est pas à dire, pour cela, que ce soit à cause de l'utérus. La meilleure raison qu'on puisse donner de la fréquence de l'hystérie chez les femmes, c'est que chez elles il y a prédominance du tempérament nerveux. Il faut cependant reconnaître que l'état dans lequel se présentent les fonctions de l'utérus joue un rôle plus ou moins important dans l'hystérie. Ainsi, par exemple, il est très-fréquent de voir l'hystérie apparaître si la menstruation n'a pas lieu, comme de la voir cesser aussitôt que les règles apparaissent. L'hystérie survient souvent aussi à l'époque de malaise général qui précède la première menstruation.

La grossesse peut n'avoir aucune influence sur l'hystérie, car on voit fréquemment cette maladie persister chez des femmes enceintes.

Très-souvent l'hystérie se développe sous l'influence de causes indépendantes de l'utérus; ainsi des chagrins violents, des passions vives, des émotions morales de tout genre peuvent la déterminer.

On a cité l'observation d'une jeune fille qui, portant une tumeur enkystée du sein, devint hystérique. La tumeur enlevée, l'hystérie disparut. Des cas analogues ont été observés pour l'épilepsie.

Il importe de reconnaître, cependant, qu'un certain nombre de femmes hystériques présentent en même temps des phénomènes morbides du côté de l'utérus. D'autres, au contraire, ne présentent aucun symptôme de ce côté; et dans quelques autopsies faites sur des femmes mortes dans l'accès d'hystérie, on n'a absolument trouvé aucune altération de l'utérus. On a dit avoir observé un développement anormal des vésicules de l'ovaire. Je pense que c'est une simple opinion.

Nous pensons que dans l'état actuel de la science, on doit s'arrêter aux conclusions suivantes, relativement au siége et aux causes de l'hystérie.

1° Le siége de l'hystérie est dans les centres nerveux.

2º La perturbation nerveuse donnant naissance à l'hystérie peut être produite à propos de lésions d'organes quelconques.

3º Parmi les différents organes qui peuvent produire l'hystérie, aucun n'est plus favorable à cette production que l'utérus.

On a dit que l'hystérie dépendait d'une lésion du nerf grand sympathique, et que des phénomènes divers apparaissaient suivant les ganglions divers qui étaient le siége de la lésion. Cette hypothèse est entièrement gratuite. Elle ne me paraît pas plus solide que celle qui faisait jouer un si grand rôle à ce même système nerveux dans le choléra asiatique. Vous savez fort bien comment l'invasion de ce fléau, en France, vint donner un démenti complet à cette opinion.

Quel que soit le siége de l'hystérie, pour moi, je le répète, elle est maladie nerveuse, et son siége est dans le système nerveux.

(Cette opinion de M. Andral sur le siége de l'hystérie, qui est d'ailleurs partagée par un grand nombre de praticiens anciens et modernes, a été, dans ces derniers temps, vivement combattue par M. Foville, dans l'article *Hystérie* du *Dictionnaire* en 15 vol.) Voici les arguments sur lesquels s'appuie cet observateur recommandable.

Après avoir passé en revue les diverses opinions sur le siége de l'hystérie, il ajoute : « Une troisième opinion place vaguement cette maladie dans le système nerveux. La quatrième enfin, soutenue, dans ces derniers temps, avec beaucoup d'insistance par Georget, fixe dans le cerveau le siége du mal. On peut, de quelque manière qu'on les entende, réduire à deux ces quatre opinions. En effet, ceux qui placent l'hystérie dans tous les viscères ou dans le système nerveux en général, sont ceux qui, attachant au mot hystérie le sens le plus large, reconnaissent cette maladie dans tous les phénomènes dont ils ne comprennent pas autrement la cause ; et cette manière commode de se tirer d'embarras, si peu en rapport avec les progrès de la science, avec l'esprit qui dirige les recherches modernes, mériterait à peine qu'on s'arrêtât sérieusement à sa réfutation ; mais fût-elle fondée, sa solution sommaire devrait être la même que celle de la question du siége de l'hystérie dans l'utérus ou dans le cerveau ; c'est toujours la détermination idiopathique ou sympathique des troubles cérébraux ou nerveux.

« Bornons-nous donc à examiner si l'hystérié dépend de l'utérus ou du cerveau.

« Tous les médecins de l'antiquité sont pour la première idée; et s'il est facile de faire bon marché de leurs explications sur l'ascension de l'utérus, la compression qu'il exerce sur le foie, la rate, etc., il n'en est plus de même lorsqu'on se borne, sans déterminer le comment, à considérer la matrice comme l'organe dont la souffrance entraîne tous les phénomènes propres à l'hystérie : on donne alors un sens compatible avec les idées physiologiques les plus saines ; et c'est là véritablement l'acception à opposer à l'opinion qui place dans le cerveau le siége de l'hystérie.

« C'est à Georget, le partisan le plus déclaré du siége de l'hystérie dans l'encéphale, que je demanderai les raisons sur lesquelles repose son sentiment. Georget s'est prononcé, d'une manière si énergique, défenseur d'une théorie qui attribue au cerveau bon nombre de maladies, généralement considérées comme dépendant d'un autre siége, qu'on doit se reporter à ses publications toutes les fois qu'on agite la question du siége de ces maladies. Voici comment Georget motive son opinion pour le cas particulier de l'hystérie :

« Il n'est peut-être pas d'organe dans l'é-
« conomie, dont les altérations développent
« moins de sympathies que l'utérus et les
« ovaires. On ouvre peu de vieilles femmes
« qui ne présentent de ces altérations, et chez
« elles on n'observe point d'hystérie. Il ajoute
« que des cancers et des polypes utérins, des
« hydropisies des ovaires, ne produisent ja-
« mais de ces phénomènes dits hystériques.
« D'un autre côté, nous avons vu que chez
« les malades, les fonctions utérines, l'écou-
« lement menstruel, la gestation et l'accouche-
« ment, pouvaient être parfaitement réguliers;
« et M. Villermay fait très-bien observer que
« dans cette maladie l'utérus n'est nullement
« douloureux. Je demande maintenant à quel
« signe on reconnaît une affection de l'utérus
« dans l'hystérie? Ajouterai-je qu'aucune fem-
« me de celles que j'ai observées n'a songé à
« rapporter à l'utérus le siége de son mal? »

« Mais sont-ce là vraiment des raisons sérieuses? Que conclure de ce que les cancers et les polypes utérins, les hydropisies de l'ovaire, ne produisent jamais de ces phénomènes dits hystériques ? Serait-on fondé à soutenir que, chez l'homme, les testicules sont étrangers à l'ardeur sexuelle, pour avoir observé que le cancer de ces organes, l'hydropisie de la tunique vaginale, la présence de kystes hydatiformes dans le cordon, ne produisent pas de priapisme? Depuis quand donc est-ce une condition d'activité pour un organe, qu'une désorganisation plus ou moins avancée de son tissu ; ou la présence insignifiante pour ses sympathies, quand elle ne les paralyse pas, de sérosité dans une membrane ou un kyste séreux?

« Georget a vu peu de vieilles femmes exemptes d'altérations de la matrice ou de ses annexes, et chez elles on n'observe point l'hystérie, justement peut-être parce que, chez elles, les sympathies de l'utérus, ses fonctions les plus essentielles, sont éteintes. On n'observe pas d'hystérie chez les vieilles

femmes, comme on ne voit pas non plus chez elles de menstruation, de grossesse. Et les altérations organiques si fréquentes dont parle Georget, restent là comme des traces, comme des suites de l'activité extrême de cet organe à une autre époque de la vie.

« Qu'importe la régularité possible des fonctions utérines? qu'importe l'état normal de la menstruation, de la gestation, de l'accouchement? Est-ce que toutes ces circonstances s'opposent aux désirs vénériens, à l'orgasme vénérien, aux jouissances vénériennes, et à tous les effets sur le système nerveux de ces jouissances? Pourquoi s'opposeraient-elles à l'hystérie? Quel cas faire de cette remarque, qu'aucune femme de celles qu'il a observées n'a jamais songé à rapporter à l'utérus le siége de son mal? Mais, d'abord, il est des hystériques qui rapportent leur mal à l'utérus; mais cela ne fût-il jamais, il n'en résulterait rien de plus pour l'élucidation de la question.

« Les malades ne sont pas tenus d'avoir des idées précises sur le siége de leurs maladies, et dans celles qui sont les plus compliquées et les plus obscures, il serait merveilleux qu'ils fussent tous d'accord, quand les médecins le sont encore si peu. C'est qu'on ne peut se contenter d'un sentiment vague pour déterminer le point de départ d'un multitude de phénomènes composés.

« Ainsi, pour moi, les arguments par lesquels Georget cherche à renverser l'opinion qui place dans l'utérus le siége de l'hystérie, ne sont rien moins que concluants. Voyons si les raisonnements sur lesquels il s'appuie, pour rapporter cette maladie au cerveau sont plus probants.

« Je le laisse encore parler. « Le phénomène caractéristique de l'hystérie, ce sont les « attaques convulsives; tous les autres accidents existeraient en même temps chez un « individu, qu'ils ne seraient point rapportés « à cette maladie.... Les suites ordinaires de « l'hystérie qui persiste un grand nombre « d'années, sont le plus souvent des lésions « de l'intelligence, des sens et des mouvements « volontaires...; tandis que dans le principe « de la maladie, les organes de la nutrition « présentent rarement des désordre spermanents notables; que l'hystérie se complique « quelquefois de catalepsie ou d'épilepsie; « que presque toutes les causes sont des affec- « tions normales violentes, etc. »

« Dans sa préoccupation en faveur de l'encéphale, Georget compose évidemment une hystérie à sa manière. C'est de celle-là que le seul phénomène caractéristique est l'attaque convulsive; et cela admis, on conçoit que tous les autres accidents pourraient exister en même temps, sans qu'on dût les rapporter à l'hystérie.

« Mais il y a erreur manifeste, ou au moins détermination tout à fait arbitraire de cette manière de voir. Nous avons distingué les formes diverses de l'hystérie, et nous avons vu des exemples sans convulsions. Je ne crains pas d'affirmer que la manière de voir, adoptée dans mon travail, est celle du plus grand nombre des praticiens expérimentés. Certes, lorsque plusieurs médecins se trouveront réunis auprès d'un malade qui éprouvera des douleurs vagues de bas-ventre, de la tension, de la chaleur dans l'hypogastre, de la constriction à la gorge, qui sentira dans son ventre le roulement d'une boule qui de l'hypogastre remonte dans la région épigastrique; quand à ces symptômes se trouvent joints des soupirs, des pleurs, des syncopes exemptes de convulsions, aucun n'hésitera à reconnaître un exemple d'hystérie. Mais quand bien même on ne pourrait reconnaître d'exemple évident d'hystérie sans convulsions, il n'en résulterait rien de plus clair pour le siége dans l'encéphale de cette maladie. Le chatouillement, l'orgasme vénérien, déterminent aussi des convulsions, et sans doute la cause première n'en est pas dans l'encéphale. Il est vraiment à regretter que, par suite de sa prévention, Georget ait sacrifié ou dénaturé des phénomènes dont il ne rend pas compte, tels que les douleurs de matrice, les dysménorrhées, les aménorrhées si fréquentes chez les hystériques; enfin ces sensations bizarres, la boule hystérique qu'on voit encore assez souvent, quoique, à coup sûr, ce ne soit pas un phénomène constant.

« Or, voici ce qu'en fait Georget : « Les con- « tractions des muscles abdominaux, du dia- « phragme, des muscles du thorax et du go- « sier, produisent quelquefois le sentiment « d'un corps étranger qui monte dans l'abdo- « men, traverse la poitrine, et se porte dans « le gosier : c'est la boule ou le globe hysté- « rique des auteurs. » Voici donc pour la boule. Il dit ailleurs : « Le trouble qui se manifeste « dans les viscères thoraciques et abdominaux « est presque toujours le résultat des spasmes « auxquels les muscles du tronc sont en proie. »

« Voici pour les douleurs variées dont les viscères sont le siége. Ainsi la boule hystérique, aussi bien que les douleurs de bas-ventre, ne sont que des contractions musculaires. Georget, à cet égard, aurait tort d'invoquer le témoignage des malades, il ne lui serait pas favorable. Mais comment peut-il rapporter aux contractions convulsives un phénomène qui souvent existe sans convulsions aucunes. Il y a encore à ajouter que, dans le cas même où les convulsions seraient constantes, ce phénomène serait inexplicable par leur moyen. Georget admet, comme tout le monde, que la boule hystérique remonte du ventre au gosier, mais parce qu'il nomme successivement les muscles abdominaux, ceux du tho-

rax et du gosier, comme tendus convulsivement, il ne s'ensuit pas que les contractions musculaires aient lieu dans le même ordre.

« Georget me semble s'être beaucoup abusé dans toutes ces considérations; mais son erreur la plus grave est de repousser les sympathies de l'utérus, de cet organe auquel est attachée la conservation de l'espèce. Avait-il donc oublié les changements si remarquables des femmes à l'époque de la puberté? et certes, ce qui se passe dans les organes de la génération, dans ceux qui nourriront un jour les enfants, ne sont pas les moins remarquables. Ignorait-il le rôle que les passions sensuelles jouent dans la vie de tant de femmes, les combats que la vertu doit livrer aux penchants les plus impérieux, etc., etc.?

« Sa réponse à toutes ces objections, c'est que l'on attribue à l'utérus une influence qui vient du cerveau; mais elle pèche en cela qu'elle ne comprend pas que les réactions du cerveau reconnaissent elles-mêmes pour causes des influences organiques : le cerveau ne donne qu'autant qu'il reçoit, et le physiologiste qui veut comprendre nos fonctions dans leur ensemble, doit étudier dans tous leurs détails et dans toute leur puissance ces actions et ces réactions organiques : jamais il n'y parviendra en faisant tout partir de l'encéphale.

« Pour moi je n'hésite pas à considérer l'utérus comme le point de départ véritable des phénomènes dont l'ensemble constitue l'hystérie.

« L'utérus a des communications nerveuses de deux ordres distincts. Par ses rameaux des nerfs ganglionaires, il communique avec les appareils nerveux du bas-ventre, avec les viscères de cette cavité; l'altération inconnue dont il est le siége dans l'hystérie, propage à tous ces organes des influences qu'ils expriment par des douleurs, des contractions, des sécrétions gazeuses; la tympanite, la boule hystérique, tiennent à quelque chose de ces influences. Leur extension aux ganglions semi-lunaires peut être la cause du sentiment de constriction, d'étouffement, éprouvé dans le cou, dans l'estomac et la poitrine.

« On peut de cette manière concevoir la production des symptômes de la forme non convulsive de la maladie.

« On peut tout aussi aisément se faire une idée de la dépendance dans laquelle les convulsions se trouveraient d'un désordre de l'utérus.

« Car cette opinion qui place dans l'utérus le siége primitif de l'hystérie, n'implique pas une absurdité; elle n'implique pas que l'utérus soit le siége des convulsions générales. Les convulsions résultent immédiatement d'une influence spéciale de l'encéphale; mais cette influence de l'encéphale est elle-même déterminée par l'action de l'utérus sur lui. Je ne répéterai pas, pour faire comprendre cette idée très-simple, que cela se passe ainsi, comme le rire et les convulsions produites par le chatouillement, comme les efforts convulsifs de vomissements provoqués par la titillation de la luette, une modification de l'estomac, une hernie étranglée, une modification de la matrice elle-même, à différentes périodes de la grossesse, etc. Le vomissement s'opère, dans tous ces cas, tout aussi bien que sous l'influence d'un tubercule du cerveau; dans d'autres, sous celle de l'injection de l'émétique, dans les veines, chez un animal qui n'a plus d'estomac. Mais, de ce que cette partie des symptômes de l'hystérie qui se rattache à l'action pervertie de l'encéphale est un effet secondaire, il résulte la possibilité que cet effet secondaire reconnaisse quelquefois d'autres causes que l'influence de l'utérus, il résulte la possibilité que, dans certaines circonstances, le même état de l'encéphale, soit primitif, et c'est ce qui finit toujours par arriver chez les sujets très-nerveux depuis longtemps sujets à l'hystérie. La persistance de l'hystérie exagère encore le tempérament nerveux des malades; et ils arrivent, à cet égard, à un état de susceptibilité encéphalique tel, que la plus légère impression extérieure, un bruit agaçant, une odeur fétide, donnent ce qu'on appelle des attaques de nerfs. Tous les jours aussi, dans les mêmes cas, on voit ces attaques ou au moins quelques mouvements nerveux chez des malades dont une idée seule renverse subitement la tête, le tronc en arrière, agite les bras de mouvements variés, etc. Une idée seule peut amener de plus violents désordres dans le système musculaire : elle peut suffire, quand le tempérament nerveux est devenu exorbitant, pour provoquer une crise complète.

« On conçoit d'après cela que les médecins qui, n'attachant aucune importance aux désordres viscéraux observés chez les hystériques, ne reconnaissent cette maladie qu'à la condition d'attaques convulsives, puissent prétendre avec raison que c'est une affection encéphalique, et soient fondés à trouver cette maladie chez l'homme.

« Mais leur raisonnement à cet égard ne me touche pas plus que ceux au moyen desquels, établissant sur de bonnes raisons que les vomissements sont immédiatement provoqués par une modification encéphalique, on en conclurait que les vomissements dans la péritonite sont étrangers à cette phlegmasie, qu'ils constituent une affection nerveuse idiopathique.

« On trouve, dans les traités qui rendent ainsi l'encéphale responsable de tous les phénomènes de l'hystérie, la preuve que les partisans exclusifs de cette opinion ont réduit

l'hystérie à une partie de ses symptômes, à ce qu'on appelle les mouvements nerveux, les attaques de nerfs, et se sont évertués à prouver que ces mouvements nerveux, ces attaques de nerfs sont subordonnés à l'encéphale : peine bien superflue sans doute, car ils ne peuvent à cet égard rencontrer de contradicteurs. Cette subtilité de théorie ne séduira jamais les praticiens, et ne les détournera pas des vues dont l'expérience démontre chaque jour les avantages. Il est donc bien important d'être pénétré de ces principes, que des symptômes de deux ordres constituent l'hystérie, les uns portant particulièrement sur les viscères, les autres sur les fonctions de l'encéphale ; que les premiers seuls suffisent pour constituer une forme d'hystérie, qu'une autre forme de la maladie résulte de l'addition à ces symptômes de ceux qui portent sur les fonctions encéphaliques.

« Mais ces derniers seuls ne caractérisent pas l'hystérie; ils sont de purs phénomènes nerveux : mille causes différentes peuvent les occasionner. »

Telles sont les idées de M. Foville qui s'éloignent sensiblement de celles de M. Andral, et qui ont pour conséquence d'admettre deux formes principales de l'hystérie, une convulsive et l'autre sans convulsion.

Symptômes. Dans l'examen des symptômes de cette maladie, il y a deux choses à étudier, d'une part les phénomènes nerveux qui se montrent pendant le cours habituel de la vie, puis d'autre part l'exaspération de ces phénomènes nerveux ; ce qui caractérise l'attaque d'hystérie, attaque plus ou moins semblable à l'attaque d'épilepsie.

Dans le premier cas, les phénomènes sont infiniment variés et sont ceux qui caractérisent chaque maladie nerveuse en particulier.

Ainsi, pour l'intelligence, il est rare que les actes intellectuels s'accomplissent, chez les hystériques, comme dans l'état normal. Ces individus sont, en général, remarquables par l'exaltation de leurs passions. Ils éprouvent une haine violente, ou une amitié ardente pour les personnes qui les entourent. Souvent ces deux sentiments opposés se succèdent avec rapidité, et les hystériques sont, pour la plupart, très-mobiles dans leurs affections.

La sensibilité est aussi en général très-exaltée chez les hystériques, de là l'hypersthénie dont je vous ai déjà fait l'histoire. Quelquefois cependant on voit des hystériques présenter l'état opposé, c'est-à-dire, l'anesthésie. Enfin la sensibilité peut présenter une troisième modification, c'est-à-dire être pervertie, et ce que nous venons de dire pour la sensibilité générale s'applique aussi aux sens du goût, de l'olfaction, et à la vision, qui peuvent présenter ces trois modifications.

Le trouble des mouvements est considérable et important à examiner; nous y reviendrons tout à l'heure.

Les désordres de la vie de nutrition sont fort nombreux. Ainsi la gastralgie est une affection commune chez les hystériques. Il est très-fréquent de les voir atteintes de vomissements opiniâtres et qui ne cèdent à aucun moyen, vomissements qui, dans quelques circonstances, disparaissent subitement.

Les voies digestives présentent aussi un phénomène qui caractérise l'hystérie, c'est le développement d'une très-grande quantité de gaz qui produisent cet état connu sous le nom de *tympanite*. Dans ces circonstances, le ventre peut acquérir un volume égal à celui qu'il présente au neuvième mois de la grossesse. Une chose bien remarquable, c'est que le ventre peut s'affaisser sans que des gaz soient expulsés par la bouche ou par le rectum; il faut donc admettre qu'ils sont résorbés. D'autres hystériques, au contraire, rendent une grande quantité de gaz insipides et inodores. On voit des femmes hystériques continuellement tourmentées par une éructation fatigante. J'ai eu occasion de voir une jeune fille dans ce cas. L'éructation chez elle durait des mois entiers sans cesser un seul instant.

Les hystériques éprouvent fréquemment des palpitations de cœur, qui peuvent simuler une maladie organique : l'auscultation même pourrait induire en erreur. Le cœur, dans ces circonstances, présente de véritables convulsions.

La respiration est souvent troublée chez les hystériques, de là les dyspnées fréquentes, les suffocations qu'ils présentent.

Les sécrétions sont aussi modifiées, et la plus caractérisée de ces modifications est la sécrétion de l'urine, qui devient ténue et claire comme de l'eau de roche. La cause de cette modification est complétement inconnue.

Tous ces symptômes variés que présentent les hystériques sont remarquables par leur marche et leur inconstance. Un jour, en effet, c'est un organe qui sera influencé par la maladie, un autre jour ce sera un autre organe. J'ai vu le cœur être occupé pendant des mois entiers par une douleur nerveuse.

Nous avons à examiner un phénomène plus particulier à cette maladie et qui donne une sensation spéciale connue sous le nom de *boule hystérique*. Dans d'autres maladies nerveuses on en constate de temps en temps l'existence, mais dans l'hystérie elle a un caractère spécial. Le point de cette boule peut être à l'épigastre, à l'hypogastre, ou dans toute autre partie de l'abdomen, mais partant tou-

jours du ventre, et qui s'élevant comme une vapeur semblable à l'*aura epileptica*, se porte dans le thorax dans tous les sens, tantôt ici, tantôt là, et s'arrête à l'œsophage où elle produit l'effet de la strangulation. Cette sensation est si prononcée, que les hystériques disent souvent : Je sens la boule qui parcourt ma poitrine et me monte à la gorge. Il y a dans la production de ce phénomène quelque chose de particulier qui échappe à nos explications. Quelques médecins ont voulu l'expliquer par une contraction des fibres des différents muscles que parcourt cette boule ; mais cette explication est loin d'être démontrée. Du reste, cette boule peut se faire sentir par intervalles ou continuellement. Chez les uns elle est supportable, chez les autres elle est très-pénible. Dans quelques cas cette sensation augmente d'intensité et donne lieu à l'explosion de l'attaque.

Examinons maintenant les symptômes d'une attaque d'hystérie.

Ces attaques sont constituées par des accidents variables non-seulement par leur intensité, mais encore par leur nature. On a généralement admis trois degrés dans les attaques d'hystérie ; nous allons les passer successivement en revue.

Dans le premier degré, qui est le plus faible, on observe l'accroissement de symptômes que nous avons déjà notés. On remarque des bâillements, des pandiculations, des pleurs ou des rires sans motif, un mouvement convulsif de la face. Un peu plus tard la respiration se gêne, le ventre se gonfle, les mouvements deviennent automatiques, l'intelligence s'affaiblit, les idées se dérangent, et en même temps apparaît la sensation de la boule hystérique. Cet état peut durer quelques minutes ou plusieurs heures; quelquefois les malades poussent des cris, et l'attaque se bornant là chez quelques individus, elle se termine tantôt par un écoulement abondant de larmes chez les uns, d'urine chez les autres. Mais d'autres fois ces symptômes ne sont que le prélude, pour ainsi dire, de ceux qui vont suivre, et alors commence une autre série de phénomènes.

Deuxième degré. La sensation de la boule hystérique devient plus forte, la face et le cou se gonflent, la respiration devient de plus en plus difficile et ne s'opère plus que de temps en temps par des inspirations tantôt brusques et saccadées, tantôt longues et profondes. Des cris perçants et très-caractéristiques se font entendre ; les malades tombent et paraissent sans connaissance, quoique souvent ils entendent ce qui se passe autour d'eux. Alors surviennent des mouvements convulsifs, généraux ou partiels, tout à fait différents de ceux de l'épilepsie. Ce sont, en effet, des contorsions violentes et irrégulières, des mouvements brusques, énergiques, et si violents que la force de plusieurs personnes ne suffit pas quelquefois pour retenir les malades et pour les empêcher de se blesser.

La terminaison de ce deuxième degré est la même que celle du premier.

Le troisième degré est caractérisé par la perte de connaissance, et l'hystérie dans ce cas se rapproche beaucoup de l'épilepsie. Dans ce degré la peau peut être frappée d'insensibilité générale. Les malades peuvent offrir aussi les phénomènes que nous avons observés dans la catalepsie, ils peuvent présenter le trismus et des mouvements tétaniques généraux. Cette ressemblance de ce troisième degré de l'hystérie avec l'épilepsie lui a fait donner avec raison le nom d'*hystérie épileptiforme*. Dans ce degré une paralysie plus ou moins complète peut survenir et disparaître plus ou moins longtemps après l'attaque; c'est une des formes de la paralysie nerveuse dont je vous ai déjà parlé. La respiration peut cesser, la circulation s'arrêter, le pouls être insensible; c'est là le dernier terme des attaques d'hystérie. Au bout de quelque temps tout rentre dans l'ordre.

Le retour des attaques a lieu à des intervalles irréguliers. C'est surtout aux époques des règles qu'elles se montrent plus fréquemment, et chez quelques hystériques, c'est toujours avant, chez quelques autres toujours après les règles.

La durée de l'hystérie est variable; il est rare quelle se prolonge au delà de la quarantième année.

Elle détermine fréquemment des maladies du cœur, de l'abdomen ou de la poitrine. Quand elle a duré longtemps, elle produit aussi une si grande irritabilité du système nerveux que les causes les plus légères suscitent des mouvements d'impatience et des palpitations de cœur qui amènent quelquefois la syncope.

La mort est rarement la terminaison de l'hystérie; cette terminaison funeste n'arrive que par le progrès des maladies organiques auxquelles l'hystérie a donné naissance.

Traitement. Nous avons à établir pour l'hystérie les mêmes principes que pour les différentes maladies nerveuses que nous venons d'étudier. Il faut prendre en considération plutôt la constitution de l'individu et les symptômes dominants que l'hystérie elle-même. Ainsi, par exemple, si on a affaire à un individu pléthorique, on devra pratiquer de larges émissions sanguines. Si c'est, au contraire, à un individu d'une constitution faible, on emploiera une médication tout opposée. On donnera les ferrugineux, on prescrira les toniques. Chez les individus qui ne présenteront pas la prédominance de l'un ou de l'autre de ces deux tempéraments, on em-

ploiera les antispasmodiques, tels que l'éther, la valériane, l'eau de fleurs d'oranger, etc. Il arrive fréquemment que par leur emploi on modifie la maladie.

Pendant l'attaque d'hystérie il faudra garantir les malades des dangers que leur fait courir la violence de leurs convulsions. On les contiendra sur leur lit, soit à force de bras, soit par la camisolle. On leur fera respirer un air frais, on enlèvera les liens et les vêtements serrés autour de leur corps, et on placera leur tête dans une position élevée. On leur projettera de l'eau froide à la figure, on leur fera sentir l'éther et on pourra instiller quelques gouttes de cette liqueur dans la bouche. Chez les sujets pléthoriques et sur ceux qui présenteraient des symptômes de congestion, il ne faudrait point hésiter à ouvrir une des veines, soit du bras, soit du pied.

Les moyens hygiéniques doivent jouer un grand rôle dans le traitement de cette maladie. Nous empruntons à M. Foville le passage suivant sur ce sujet :

« L'exercice du corps doit être considéré comme un excellent moyen de traitement; de simples promenades à pied, l'équitation, la natation, les bains de mer, les eaux, les voyages, seront conseillés suivant les saisons et la fortune des malades.

« Enfin, dans les cas très-fréquents où il existe déjà, chez les hystériques, un commencement d'hypertrophie du cœur, ou que, sans hypertrophie, l'activité du cœur est habituellement excessive, la digitale rend souvent de très-grands services.

« Il existe encore une multitude de moyens prônés contre l'hystérie; les moyens qui réussissent le mieux, indépendamment des lavements froids, sont tous ceux qui sont propres à la fois à régulariser les mouvements du corps en même temps qu'ils procurent à l'esprit une agréable distraction; ainsi les voyages, les bains de mer, les eaux. Il va sans dire que les plus grandes précautions devront être prises pour éloigner les impressions morales susceptibles par leur nature de stimuler la sensibilité de l'utérus; ainsi certaines lectures, certains spectacles. La plupart des auteurs recommandent le mariage comme remède souverain à l'hystérie.

« Georget se trouve encore à cet égard en opposition avec les auteurs, et toujours pour la même cause;..... mais de la part de ceux qui prennent l'utérus pour point de départ des accidents de l'hystérie, et qui ont vu souvent, après le mariage, les fonctions de cet organe se régulariser, et les accidents disparaître, le conseil du mariage est très-rationnel. C'est surtout aux filles pléthoriques très-sanguines que ce moyen réussit; mais il faut qu'elles deviennent mères, et remplissent dans toute leur étendue leurs devoirs de mères, qu'elles allaitent elles-mêmes leurs enfants. Quant aux hystériques, chez lesquelles l'habitude de la souffrance du cerveau a amené une grande exaltation de la sensibilité de cet organe, chez lesquelles en même temps tous les caractères d'un tempérament nerveux, exalté, existent, on est moins certain chez elles du succès du mariage; à celles-ci on ne doit le permettre qu'avec réserve, tandis que pour les autres c'est le remède le plus naturel et le plus efficace. »

Par l'hystérie se termine l'histoire des maladies des centres nerveux; il nous reste à étudier les maladies des cordons nerveux dont nous allons commencer l'histoire.

OUVRAGES PRINCIPAUX A CONSULTER SUR LES MALADIES DES CENTRES NERVEUX.

Abercrombie. Traité des maladies de l'encéphale et de la moelle épinière.
Andral. Clinique médicale, tome v.
Bayle. Traité des maladies du cerveau.
Bouillaud. Traité de l'encéphalite.
Bouteille. Traité de la chorée.
Broussais. De l'irritation et de la folie.
Calmeil. De la paralysie considérée chez les aliénés.
Dubois (d'*Amiens*). De l'hypocondrie et de l'hystérie.
Esquirol. Ses articles sur l'aliénation mentale dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.*
Falret. Du suicide et de l'hypocondrie.
Foville. Ses articles dans le *Dictionnaire* en 15 vol.
Georget. Ses ouvrages.
Guislain. Traité sur l'aliénation mentale.
Lallemand. Lettres sur l'encéphale.
Leuret. Fragments psychologiques sur la folie.
Moulin. Traité de l'apoplexie.
Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.
Portal. Sur l'apoplexie et l'épilepsie.
Rochoux. Recherches sur l'apoplexie.
Rostan. Recherches sur le ramollissement du cerveau.
Tissot. De l'épilepsie.

—

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DES CORDONS NERVEUX.

LÉSIONS DE CIRCULATION.

L'*hypérémie* des nerfs est peu connue.

PHLEGMASIE DES NERFS OU NÉVRITE.

Caractères anatomiques. Un nerf atteint d'inflammation perd sa couleur blanche. Il devient rouge si l'inflammation est à l'état aigu ; il devient jaune si elle est à l'état chronique. Ces deux circonstances ont été mises hors de doute par les expériences de Béclard et de M. Gendrin. Le nerf peut être trouvé gonflé, augmenté de volume, induré ou ramolli. Dans quelques cas, le névrilemme seul est atteint d'inflammation, la pulpe nerveuse étant saine. Dans d'autres cas, le nerf est complétement malade, ayant perdu sa consistance et son élasticité, et ressemblant alors à une petite masse charnue. Dans ces circon-

stances, on peut trouver une certaine quantité de sérum épanché entre les fibrilles. On peut aussi rencontrer du pus à l'état d'infiltration. Enfin on a trouvé des nerfs présentant, de distance en distance, des grains durs, fibro-celluleux, espacés à la manière d'un chapelet.

Causes. La névrite est ordinairement la suite de causes traumatiques. Ainsi on l'a vue succéder à des contusions, à des piqûres, à la ligature dans une opération chirurgicale, etc. Mais la névrite peut se produire aussi sans violences extérieures. Ainsi on peut voir la névrite se développer sur un nerf communiquant avec une partie enflammée. M. le docteur Gendrin a cité des observations d'ulcères variqueux, au pourtour desquels se trouvaient des nerfs enflammés. Nous devons cependant considérer ces cas comme exceptionnels ; car dans l'immense majorité des phlegmasies, les nerfs qui aboutissent aux centres enflammés restent hors des atteintes de l'inflammation.

Symptômes. La névrite a des symptômes qui lui sont propres. Le premier, c'est la douleur, et cette douleur est caractéristique; ainsi elle augmente par la pression. Dans la névrite, la douleur a une marche continue. Dans la névralgie, au contraire, elle offre des exacerbations très-prononcées.

Lorsqu'un nerf superficiel est enflammé, on peut suivre son trajet sous la peau au moyen d'une légère pression dans le sens du trajet de ce cordon enflammé.

L'inflammation du nerf trouble la région à laquelle ce nerf se distribue. Si, par exemple, c'est dans les muscles qu'a lieu cette distribution, des mouvements convulsifs peuvent suivre, qui ont une certaine durée. Dans d'autres circonstances, au lieu de mouvements convulsifs, ce sont des paralysies partielles qui peuvent suivre. Enfin, dans quelques cas, les désordres musculaires peuvent devenir généraux.

Lorsque la névrite est intense, il peut survenir un mouvement fébrile.

Les divers organes auxquels des nerfs enflammés se distribuent et aux fonctions desquels ils président, présentent souvent des désordres notables. Ainsi on a vu la cécité causée par l'inflammation des nerfs optiques, la surdité produite par l'inflammation de la portion molle de la septième paire ; l'inflammation de la portion dure de cette septième paire a donné lieu à la paralysie de la face. Les expériences de C. Bell et de M. Magendie viennent encore à l'appui de ce que j'avance. Vous trouverez dans le tome II de l'*Anatomie comparée du cerveau,* de M. Serres, un fait remarquable qui prouve l'influence des lésions des nerfs sur les fonctions auxquelles ils se distribuent.

On a fait jouer un grand rôle à l'inflammation du nerf pneumo-gastrique, dans la production, soit de la coqueluche, soit de la gastrite aiguë. Mais ces opinions ne sont pas encore l'expression d'une observation bien rigoureuse.

L'influence du nerf grand sympathique a été invoquée comme produisant des troubles dans divers organes. Mais est-il certain qu'on ait jamais rigoureusement constaté l'influence de l'inflammation de quelques portions de ce nerf grand sympathique? Lobstein, il est vrai, a publié des recherches qui tendraient à prouver que certains troubles sont dus à cette cause. Mais je dois déclarer que la plupart des personnes qui ont fait les mêmes recherches n'ont rien trouvé; moi-même je n'ai jamais rien vu de semblable. Sur un pareil sujet, pour être en droit d'être cru, il faut avoir fait ses preuves en anatomie pathologique. Rien en effet, n'est plus variable que les douleurs dont le grand sympathique peut être le siége, comme l'état dans lequel on trouve le plexus solaire. Ces considérations sont nécessaires pour vous mettre en garde contre l'influence exagérée du grand sympathique et les désordres qui en découlent. C'est donc avec réserve que vous accueillerez les faits suivants.

Lobstein cite le cas d'un individu qui présentait un vomissement opiniâtre que rien ne pouvait arrêter. Cet individu mourut; à l'autopsie il ne trouva rien dans l'estomac, et il rencontra une phlegmasie du ganglion semi-lunaire. Dans un cas de coqueluche, compliqué de vomissement, le même observateur trouva l'estomac sain et les ganglions semi-lunaires rouges. M. Aronshon de Strasbourg, dans un cas de vomissement, accompagné de diarrhée, n'a rien trouvé dans le tube intestinal; mais il a trouvé de la rougeur dans les ganglions semi-lunaires. Dans tous ces cas on peut se demander comment l'intestin qui reçoit des nerfs de la huitième paire, et qui en reçoit très-peu du grand sympathique, a pu être influencé par ce dernier. Dans ces derniers temps, Delpech de Montpellier avait aussi voulu établir que le grand sympathique était altéré dans le choléra. L'immense majorité des médecins français n'a rien vu de semblable. L'altération du grand sympathique a encore été accusée du trouble d'autres organes. Aussi Lobstein cite l'observation d'un enfant qui fut pris de dyspnée après une affection biliaire. D'après cet observateur, cette dyspnée était occasionnée par une affection du nerf grand sympathique. Toutes ces opinions ont besoin de nouvelles preuves et d'observations nombreuses et bien recueillies.

Durée. La névrite peut être aiguë ou chronique. Elle peut persister, se dissiper et être remplacée par une névralgie.

Traitement. Il faut combattre la névrite aiguë par les émissions sanguines, ou appli-

quer des sangsues sur le trajet des nerfs, et on se conduira pour le reste comme dans toutes les inflammations. Dans la névrité chronique, on fera des frictions avec la pommade stibiée ou avec l'huile de crotontiglium.

On ne connaît point d'*hémorragie* dans les nerfs.

LÉSIONS DE NUTRITION DES NERFS, LÉSIONS DES SÉCRÉTIONS ET PRODUCTIONS MORBIDES.

(Voyez *Précis d'Anat. pathologique*, t. II, 2e partie.)

LÉSIONS DE FONCTIONS DES NERFS.

DE LA NÉVRALGIE.

Le mot névralgie exprime une douleur plus ou moins vive, exacerbante ou intermittente, ayant son siége dans un nerf et ses divisions. Dans le plus grand nombre des cas, la névralgie a son point de départ dans le tronc même du nerf, et diminue d'intensité à mesure que le nerf se divise; mais dans d'autres cas, et ces cas sont plus rares, la douleur n'existe que dans les ramifications du nerf. Il en est même qui n'ont leur siége que dans les plus petites ramifications.

Tous les nerfs sont susceptibles de névralgie. Nous allons passer en revue ceux qui en sont le plus souvent le siége.

Névralgies de la face. Il n'y a pas longtemps encore que la plupart des névralgies de la face étaient rapportées au nerf facial. Les travaux des physiologistes modernes, en assignant à la portion dure de la septième paire l'usage spécial de présider aux mouvements, ont mis hors de doute que le siége des névralgies de la face était dans la cinquième paire et ses différentes branches : de là les névralgies suivantes.

1o *Névralgie frontale* ou *sus-orbitaire.* Dans cette névralgie, le point de départ de la douleur est au niveau du trou sus-orbitaire; de là elle s'irradie vers la paupière supérieure, vers le sourcil, le front et tout le côté correspondant da la face, enfin vers toutes les parties qui reçoivent les ramifications nerveuses ou les anastomoses du nerf orbito-frontal.

Cette névralgie donne lieu à des élancements, à des pulsations énergiques des artères voisines, au gonflement des veines, à l'excrétion des larmes, à la rougeur et à la sensibilité de l'œil, et quelquefois même à l'occlusion des paupières. La névralgie de ce nerf est quelquefois bornée aux rameaux qui se distribuent à la voûte nasale, aux sinus frontaux, ou au globe de l'œil; alors ces symptômes simulent ceux du coryza et de l'ophthalmie, mais leur caractère intermittent fera bientôt reconnaître leur nature.

2o *Névralgie sous-orbitaire.* Dans celle-ci la douleur part du trou sous-orbitaire, et se répand tantôt sur les nerfs des muscles de la face et occupe alors la paupière inférieure, l'angle interne de l'œil, la joue, l'aile du nez; tantôt sur la branche dentaire et alors se fait sentir dans le sinus maxillaire, dans le palais, la luette, la base de la langue, et souvent dans tout un côté de la face.

Cette névralgie donne lieu quelquefois à des mouvements convulsifs de la paupière inférieure, des joues et de la lèvre supérieure. Elle occasionne des souffrances horribles, et porte le nom vulgaire de *tic douloureux.*

3o *Névralgie maxillaire.* Dans cette névralgie, la douleur s'étend du trou mentonnier aux alvéoles, aux dents; sur les côtés de la langue, aux lèvres et au menton. Quelquefois elle se propage sur toute la joue et peut faire éprouver des douleurs très-vives dans le pavillon de l'oreille. Elle peut aussi donner lieu à des convulsions et déterminer le trismus.

4o *Névralgie dentaire du maxillaire supérieur.* La douleur, dans cette névralgie, est concentrée dans les alvéoles. Elle constitue l'*odontalgie.* Elle donne lieu à des douleurs intolérables et qui font croire aux malades qu'ils ont des dents cariées. Il arrive aussi quelquefois que cette douleur n'est que symptomatique.

5o *Névralgie linguale.* Il est à présumer que c'est la branche de la cinquième paire qui se distribue à la langue, qui est le siége de cette névralgie. Les douleurs auxquelles elle donne lieu sont si intenses et persistent si longtemps, que quelquefois on a cru au développement d'un cancer de la langue. Du reste, cette névralgie est assez rare, et elle finit par disparaître.

Voilà les principales névralgies de la face, qui, comme on le voit, n'ont pas leur siége dans le nerf facial.

On a décrit pour le crâne une *névralgie du cuir chevelu* et une *névralgie occipitale;* mais l'existence de ces deux affections ne repose pas sur des observations bien rigoureuses.

Névralgies du tronc. — Leur siége est dans les nerfs qui émanent de la moelle épinière.

6o *Névralgie intercostale* ou *thoracique.* Cette névralgie occupe tantôt une partie seulement du nerf intercostal, tantôt le nerf entier. La douleur se fait sentir dans l'espace qui sépare la huitième de la neuvième côte, en suivant le trajet du nerf intercostal depuis son origine au rachis, jusqu'à sa terminaison sous le sternum.

Il faut distinguer cette névralgie de celle qui affecte les parois de la poitrine (*névralgie thoracique*) et qui affecte surtout les muscles du thorax. Je me rappelle avoir vu une névralgie de ce genre, qui donnait lieu à des douleurs très-vives. Elle fut guérie par l'administration des narcotiques.

7° *Névralgie des glandes mammaires.* On ne sait pas si c'est dans le tissu cellulaire ou dans la glande mammaire qu'est le siége de cette névralgie; aussi l'a-t-on plus rationnellement nommée *névralgie mammaire.* Cette névralgie, qui donne lieu à de très-vives douleurs, peut quelquefois laisser du doute sur l'existence d'une lésion cancéreuse de la mamelle.

On a observé quelques cas de *névralgies abdominales.*

On a aussi cité des observations de *névralgies lombaires,* mais leur existence n'est pas bien constante.

8° *Névralgie du cordon spermatique.* Cette névralgie s'étend aussi aux fesses et aux cuisses; de là naissent en même temps différents désordres. Elle détermine notamment la fréquence des urines. Cette névralgie, de même que beaucoup d'autres, peut en imposer et faire croire à l'existence d'autres maladies.

9° La *névralgie iléo-scrotale* descend de la région lombaire le long du psoas et va gagner le scrotum.

Névralgies des membres supérieurs. — Si vous parcourez chacun des nerfs des membres, vous verrez qu'ils peuvent être le siége de névralgie. Dans le membre supérieur, le nerf qui est le plus souvent frappé de névralgie est le nerf cubital. Elle donne lieu à une douleur qui part de l'aisselle et gagne le bras, la main, l'annulaire, et le petit doigt.

Le nerf circonflexe donne lieu aussi à une névralgie particulière.

Névralgies des membres inférieurs. — Elles ont été observées plus souvent que celles des membres supérieurs. On en distingue trois principales :

10° *Névralgie sciatique* ou *fémoro-poplitée.* Son point de départ est à l'échancrure sciatique, d'où elle s'étend le long de la partie postérieure de la cuisse jusqu'à la région poplitée, d'où quelquefois elle se prolonge jusqu'au pied. Elle est tellement bien caractérisée par le siége qu'elle occupe, que les malades qui n'ont aucune connaissance de la disposition du nerf sciatique, indiquent très-bien le siége de cette douleur. Cette névralgie offre d'ailleurs de grandes variétés. Rarement elle atteint les deux côtés. Elle est très-commune dans la grossesse.

11° *Névralgie fémoro-prétibiale.* Cette névralgie commence vers l'arcade crurale, suit la partie interne de la cuisse et va gagner la partie antérieure de la jambe. Elle est beaucoup moins commune que la précédente.

12° *Névralgie plantaire.* Celle-ci se montre beaucoup plus rarement que les deux précédentes. La douleur qu'elle détermine est bornée au nerf plantaire qui se distribue à la plante des pieds. Dans un cas observé par Chaussier sur une femme âgée, elle alternait avec une névralgie faciale. La douleur était très-vive et suivait exactement toutes les ramifications du nerf plantaire.

On a décrit un beaucoup plus grand nombre de névralgies ayant leur siége dans différents organes. Nous en avons déjà parlé d'un certain nombre en vous faisant l'histoire des lésions d'innervation des différents appareils que nous avons passés en revue. Nous ne nous occupons ici que des névralgies extérieures, pour ainsi dire; les internes, qu'elles aient leur siége soit dans la pneumo-gastrique, soit dans les nerfs rachidiens, soit dans le grand sympathique, ayant été déjà examinées.

L'anatomie pathologique est souvent impuissante pour apprécier la lésion que la névralgie laisse après elle. Souvent l'ouverture des corps ne m'a rien démontré, et d'autres fois j'ai trouvé de la rougeur et de l'infiltration autour du nerf, ce qui pouvait faire penser qu'on avait eu affaire à une névrite.

Il y a de fausses névralgies, et ces cas sont loin d'être rares. Une tumeur, par exemple, développée sur le trajet d'un nerf et comprimant ce nerf, produit une douleur semblable à celle de la névralgie. On voit, dans ces cas, la névralgie disparaître avec la tumeur. Il n'est pas rare de voir des femmes accusant une douleur très-vive dans la jambe, être atteintes d'une tumeur dans le bassin, qui comprime le nerf sciatique. La même chose arrive pour les tumeurs de l'ovaire, pour le gonflement du ligament large, etc. J'ai soigné un homme qui était affecté d'une névralgie atroce partant du trou mentonnier. Cette douleur était produite par une périostose syphilitique. Cette névralgie disparut en même temps que la syphilis contre laquelle fut dirigé le traitement mercuriel. C'est certainement un des plus beaux résultats que j'aie observés.

Dans la névralgie, l'invasion de la douleur est lente ou brusque; dans quelques cas elle arrive rapidement à son summum d'intensité; dans d'autres, elle est précédée de frissons et d'un sentiment d'engourdissement.

La douleur est, au reste, très-variable dans son intensité. Tantôt elle est vive, brûlante, déchirante et s'irradiant jusqu'aux dernières ramifications d'un nerf; tantôt elle est obtuse et sourde. Dans tous les cas, de temps en temps la douleur s'exaspère. Quelques malades éprouvent un sentiment de froid sur la partie douloureuse; mais jamais le thermomètre n'a accusé un abaissement de la température.

Nous avons dit que le plus ordinairement la douleur s'irradiait du tronc nerveux aux rameaux; dans quelques cas cependant cette

irradiation a lieu des rameaux aux troncs nerveux, et presque toujours alors la cause de la douleur est la compression exercée sur les rameaux nerveux.

La douleur de la névralgie est diminuée par la pression dans la plupart des cas. Ce fait se constate surtout sur les petits rameaux.

La chaleur augmente la douleur.

Souvent, surtout au commencement de la maladie, la névralgie donne lieu à des convulsions des muscles qu'elle atteint. Mais lorsque la névralgie a duré longtemps, ces convulsions cessent en général, et sont remplacées par la paralysie et par l'atrophie des parties. C'est ce qui arrive, par exemple, dans la sciatique. Quelquefois l'atrophie survient après une durée assez courte de la maladie et fait des progrès rapides; la douleur peut en être la seule cause.

Les névralgies produisent aussi des désordres dans les appareils de la vie organique; passons-les rapidement en revue.

Observons d'abord que si la douleur est très-vive dans la partie qui est le siége de la névralgie, la congestion se manifeste. De là, la rougeur qui si souvent accompagne cette maladie.

Les sécrétions sont fréquemment troublées; de là l'écoulement des larmes, de la salive, le flux nasal, qui accompagnent les névralgies de la face; de là aussi les flux bilieux et intestinaux qui se montrent chez quelques malades. En général aussi, les urines sont abondantes, d'une ténuité et d'une limpidité remarquables.

La nutrition se trouble aussi profondément chez les névralgiques. Ils maigrissent considérablement et rapidement. La digestion et la respiration présentent des troubles variés, sous l'influence d'une douleur vive et longtemps continuée. On voit surgir aussi des phénomènes sympathiques très-divers, et dont la description nous entraînerait trop loin.

La névralgie peut se montrer sous deux formes, mais pas avec la même fréquence. Ainsi la forme continue est la plus rare, et c'est la forme intermittente qui est la plus commune. Elle affecte le même type que les fièvres intermittentes, et l'on voit, par exemple, des névralgies quotidiennes, tierces, quartes, etc.

Les récidives dans les névralgies sont très-fréquentes, et elles reparaissent subitement au moment où on s'y attend le moins.

La durée de la névralgie est variable : elle peut se terminer en très-peu d'instants, en quelques heures, quelques jours, comme aussi elle peut durer pendant des mois et des années. On cite des observations de malades ayant été atteints de névralgies pendant dix et douze ans, après lesquels la guérison s'était effectuée. Vous voyez combien il est difficile de pouvoir assigner un terme approximatif à ces sortes de maladies.

Avec un peu d'attention il est facile de distinguer la névrite de la névralgie. Si dans la première la douleur est intense, son type continu, l'exaspération que lui font éprouver le mouvement, la pression ou la friction, la distingueront de celle que produit la névralgie; la névrite d'ailleurs donne lieu à des signes extérieurs d'inflammation qui ne laissent aucun doute.

Berlinghieri, sur quarante cas de névralgie faciale, n'a cité que deux cas de la névralgie de la septième paire, et à notre avis ces deux cas doivent être regardés comme de fausses névralgies.

Dans ces quarante cas, la névralgie franche a toujours eu lieu du côté gauche. Dans la névralgie sus-orbitaire il a remarqué que la paralysie était du côté droit.

Causes. D'après les observations publiées il paraîtrait que les deux sexes sont également sujets aux névralgies de la face. Il n'en est pas de même pour la névralgie du nerf sciatique, qui est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

D'après les relevés publiés par le docteur Chaponnière de Genève, on voit que sur 253 individus affectés de névralgie de la face, il y a eu 124 femmes et 129 hommes.

Berlinghieri a trouvé les nombres suivants pour la névralgie de la face, 21 hommes et 19 femmes.

La névralgie faciale est très-rare chez les enfants. On a dit cependant l'avoir observée sur un enfant de 9 ans et sur un autre de 15 ans.

Elle est rare aussi chez les vieillards : on l'a observée sur un vieillard de 80 ans. Elle est également rare depuis 15 jusqu'à 25 ans.

Suivant les rélevés de M. Chaponnière, le plus grand nombre de névralgies arriverait, chez les femmes, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente, et chez les hommes, depuis l'âge de trente ans jusqu'à celui de quarante.

Chez l'un et l'autre sexe, les différences de tempérament ne paraissent pas avoir une grande influence sur la production de la névralgie.

Il n'est pas constaté que la névralgie soit héréditaire. Cependant on a cité des familles entières chez lesquelles différents membres ont été pris tour à tour de névralgie.

L'influence des saisons doit entrer en ligne de compte sur le développement plus ou moins grand des névralgies. Aussi leur production est-elle favorisée par une variation brusque de température et par un temps humide et froid. On a observé que les névralgies sont

plus fréquentes au printemps et en automne. Il est généralement admis que les pays froids et humides sont plus favorables au développement des névralgies, quelles que soient les régions du corps dans lesquelles elles apparaissent. Je sais, pour ma part, que les pays qui jouissent d'une douce température et qui ne sont pas aussi humides que le climat de Paris, ont une influence marquée sur la guérison des névralgies. J'ai, en effet, donné mes soins à des malades qui ne se trouvant pas soulagés par les moyens que je prescrivais, se sont très-bien trouvés d'un voyage en Italie où je les envoyais.

On a établi que des violences extérieures pouvaient donner lieu au développement des névralgies. Je crois, pour mon compte, que les prétendues névralgies survenues après une violence extérieure, étaient des névrites. A cette occasion je vous citerai succinctement le fait suivant que j'ai observé sur un individu du midi de la France auquel j'ai donné mes soins. Cet homme était fonctionnaire public. A la suite de la révolution de juillet il fut maltraité dans une émeute, et éprouva des violences telles, qu'à leur suite il voulut venir se faire traiter à Paris. Sous l'influence de ces violences extérieures, cet individu était tombé en paralysie; puis successivement il avait perdu la sensibilité, l'odorat et le goût.

On a vu la névralgie survenir par l'introduction de quelque corps étranger dans l'économie.

De fortes émotions peuvent aussi produire la névralgie.

Certaines maladies paraissent avoir une influence marquée sur la réapparition des névralgies ; telles sont, par exemple, les maladies d'estomac, les douleurs de dents, les règles mal établies, etc.

Nous empruntons les passages suivants sur la nature de la névralgie à l'excellent article de M. Jolly, sur cette matière, dans le *Dict. de Méd.*, en 15 vol.

« Maintenant quelle est la nature d'une affection si obscure dans son étiologie, si uniforme et si persistante dans ses symptômes ; et souvent si opiniâtre et si réfractaire aux ressources de l'art? Jusqu'à ce jour, il faut le dire, la physiologie pathologique, aussi bien que l'esprit de système, se sont évertués en vain à résoudre une pareille question. Les vices cancéreux, arthritique, syphilitique, etc., de même que l'acrimonie humorale, l'éréthisme nerveux, etc., après avoir eu tour à tour leurs partisans et leurs antagonistes, ont subi depuis longtemps le sort des doctrines sur lesquelles ils s'appuyaient; par conséquent nous n'avons pas à en discuter ici la valenr.

« La théorie de l'inflammation, proclamée par quelques auteurs comme la plus satisfaisante, est aussi loin de soutenir l'épreuve de la plus simple observation. Quelle est, en effet, cette inflammation qui paraît et disparaît avec la rapidité de l'éclair? qui revient régulièrement à la même heure et tout exprès pour la production de la douleur, sans être provoquée par aucune cause connue d'inflammation? qui ne se justifie par aucun signe sensible, par aucun des autres éléments de l'inflammation? que les anti-phlogistiques augmentent le plus souvent, que les stimulants guérissent le plus ordinairement?

« Nous demanderons encore aux partisans de cette théorie, pourquoi la douleur cesse ordinairement quand l'inflammation devient manifeste, comme il arrive souvent dans le cas de fluxion succédant à l'odontalgie? Nous leur demanderons aussi pourquoi l'inflammation aiguë d'un organe quelconque demeure si souvent exempte de phénomènes nerveux ou sympathiques, tandis que la simple titillation des extrémités nerveuses par des vers intestinaux, donne lieu aux plus grands désordres de l'innervation?

« Que si nous consultons l'anatomie pathologique, elle ne nous donnera encore que des réponses souvent négatives, toujours équivoques, jamais décisives. Et, en effet, dans beaucoup de cas, les résultats ont été nuls, même par la dissection la plus minutieuse. D'autres fois elle a bien signalé diverses altérations dont les nerfs sont susceptibles, tels que des tubercules, des tumeurs variqueuses, inflammatoires, squirrheuses, cancéreuses, etc. Mais où trouver, dans ce cas même, la relation de causalité qui existe entre une altération organique permanente et des phénomènes pathologiques intermittentes? Et quels rapports établir entre une névralgie proprement dite, qui est ordinairement périodique, et la douleur nécessairement continue que cause la piqûre d'un nerf, son inflammation, sa distension, l'existence d'un ganglion ou d'un tubercule développé dans son épaisseur? Et pourquoi, alors même qu'il y a coexistence d'une névralgie et d'une altération organique, parvient-on souvent à combattre la névralgie, tout en laissant subsister l'altération que l'on accuse d'en être la cause? Il n'y a donc pas lieu d'assimiler et de rapporter la névralgie à l'inflammation? L'inflammation peut être la cause, comme elle peut être l'effet d'une névralgie ; mais elle ne constitue certainement pas la nature de la névralgie.

« Une théorie plus spécieuse, et qui se prête peut-être plus facilement à l'explication des principaux phénomènes des névralgies, se fonde sur l'hypothèse d'un fluide circulant dans le trajet des cordons nerveux, et s'accumulant dans une partie qui est devenue le siége de l'irritation; c'est celle de beaucoup d'autres anciens, de Cabanis; de Cuvier et autres naturalistes modernes; c'est aussi celle

des mesmériens, des magnétiseurs, celle enfin de quelques pathologistes contemporains, notamment celle de M. Roche qui, sous le titre d'*irritation nerveuse*, a cru pouvoir embrasser la généralité des faits qui se rattachent aux névroses, soumettre à des lois communes, assimiler entre elles l'irritation nerveuse et l'irritation vasculaire ou inflammatoire.

Sans attacher à cette théorie plus de valeur que M. Roche lui-même ne lui en accorde et que ne peut lui en donner la nature même des faits sur lesquels elle s'appuie, et tout en reconnaissant que ce ne peut être que par une analogie forcée qu'on a pu la faire rentrer dans cette grande loi de l'irritation, *ubi stimulus, ibi affluxus*, il n'est pas permis de douter que la névralgie ne soit entièrement soumise à l'innervation. Or, le principe de l'innervation, quelle que soit sa nature ou sa source, qu'il soit spécial ou identique aux fluides électrique, magnétique, etc., se partage nécessairement entre les trois grandes séries de phénomènes physiologiques : sentiment, mouvement et entendement. C'est le mode de répartition de ce principe entre les instruments spéciaux des actes physiologiques qui en règle l'harmonie ou en trouble l'accord. C'est ce principe qui exagère ou diminue les facultés sensitive, locomotive et intellective, suivant le degré d'énergie dont il dote ces mêmes facultés; de sorte que ses effets sont dans des rapports constamment inverses entre les actes sensitifs, locomoteurs et intellectuels. Il est certain, par exemple, que la douleur fait cesser la convulsion, comme la convulsion fait taire la douleur; que la douleur et la convulsion cessent par le délire, par l'ivresse, par une forte contention d'esprit, par une vive impression morale. On sait même que, par une sorte d'instinct, l'individu qui est en proie aux tourments de la douleur, s'agite en mouvements continuels, comme pour appeler sur l'appareil musculaire l'excès d'innervation employée à la production de la douleur. On sait encore que la douleur vive et déchirante qui précède de tétanos, cesse par le fait du tétanos; que l'épilepsie, qui est le summum de l'acte convulsif, rend l'organisme absolument muet à la douleur. Dirons-nous aussi par anticipation que peut-être les médications antispasmodiques, diffusibles, etc., tiennent leurs effets thérapeutiques de la propriété qu'elles ont de déplacer, d'éparpiller le principe de l'innervation sur l'un ou l'autre des appareils affectés aux facultés sensitives, locomotives et intellectives. Il est certain du moins que les alcooliques, qui excitent le cerveau au point de produire l'ivresse, calment la douleur. »

Nous n'avons pas craint d'arrêter l'esprit de nos lecteurs sur ces considérations physiologiques, parce qu'elles sont toutes pratiques, et peuvent avoir d'importants résultats sur la thérapeutique des névroses en général, et des névralgies en particulier.

Traitement. Le traitement doit être local, suivant le siége de la névralgie. On pourra pratiquer des émissions sanguines, principalement dans les régions mêmes qui sont le siége de la névralgie. Elles sont surtout efficaces dans les sciatiques, dans les névralgies de la tempe et du cou. Ayez cependant toujours en grande considération la prédominance du tempérament nerveux. Si, sur des sujets, en effet, chez lesquels prédomine le tempérament nerveux, vous pratiquez des émissions sanguines, loin de soulager, vous ne ferez qu'augmenter les souffrances. Je ne dis pas que ceci arrive chez tous les malades d'un tempérament nerveux; mais je dis qu'en général on ne saurait, dans ce cas, porter une trop grande attention sur les accidents qu'entraînent les émissions sanguines. Ainsi, par exemple, il est des malades chez lesquels on observe l'exaspération d'une névralgie à l'instant même où les sangsues commencent à mordre. J'ai été, il y a quelques jours, témoin d'un fait semblable. Je prescrivis à une dame atteinte de névralgie, l'application d'un certain nombre de sangsues. Soit négligence, soit toute autre cause, les sangsues ne furent appliquées qu'au bout de huit jours. Pendant ces huit jours la douleur avait complétement disparu, et cependant cette dame, dans la crainte d'une récidive, se fit appliquer les sangsues que j'avais ordonnées. A l'instant même de la piqûre, la douleur reparut avec une grande intensité. Ce fait est assurément fort curieux.

Les topiques calmants sont employés avec avantage, tels sont ceux faits avec l'opium et ses préparations, l'huile de jusquiame, la belladone, sous différentes formes, en lotions ou en pommade. La formule suivante est commode et avantageuse :

℞.	Extrait de belladone;	ʒ j.
	Axonge;	℥ j.

On a proposé les feuilles de datura stramonium réduites en poudre et appliquées en cataplasme. C'est un moyen qui est mis particulièrement en usage en Allemagne.

Examinons successivement les nombreux moyens qui ont été essayés contre cette maladie.

M. Trousseau a employé le cyanure de potassium à l'extérieur, sous forme de frictions, à la dose de 2 grains jusqu'à 10 grains, dissous dans une once d'eau.

On a proposé l'application de vésicatoires volants sur le trajet du nerf, dans les cas de sciatique et de névralgie de la face.

On a fait des frictions avec l'huile de croton

tiglium. Si on a affaire à une névralgie de la face, on emploie 12 à 15 gouttes de ce médicament; mais si on veut faire des frictions sur d'autres parties du corps, il faut l'employer à de plus fortes doses.

L'application des moxas sur le trajet des nerfs a été aussi beaucoup vantée; il en est de même des frictions avec l'éther nitrique.

Les bains liquides chauds ou froids, les bains de vapeur, les bains sulfureux, ont eu aussi leurs partisans. Il faut remarquer qu'ils ne peuvent pas être employés dans les névralgies faciales. Les bains sulfureux ne peuvent être suportés par quelques personnes.

L'électricité, le galvanisme, l'électro-galvanisme, ont été beaucoup préconisés, et quelques succès paraissent avoir été obtenus par leur emploi.

Quant au traitement intérieur, on a administré des calmants, soit par l'estomac, soit par la méthode endermique. Pour ce dernier mode d'administration on applique un vésicatoire à la tempe, et on le saupoudre d'un sel de morphine. Il faut donner la préférence à l'hydrochlorate de morphine, comme étant plus soluble que le sulfate et l'acétate. On commence par un quart de grain pour arriver au grain entier.

On peut aussi administrer les narcotiques par le rectum.

L'opium et la jusquiame jouissent d'une grande réputation dans le traitement des névralgies.

Les pilules de Méglin sont aussi fréquemment employées. Voici leur composition :

℞ Oxyde de zinc;
Extrait de valériane; }
— de fumeterre; } ana 3ß.
— de jusquiame; }

On fait 36 pilules, et on en donne de une à quatre par jour successivement. Elles ont souvent réussi dans les névralgies faciales.

La belladone a aussi beaucoup été employée. La préparation la plus usitée est la potion suivante :

Extrait de belladone; gr. iij.
Eau distillée de laurier-cerise; ℥ ij.

On en donne de 5 à 10 gouttes et plus, progressivement.

Le datura stramonium est vanté par quelques praticiens. Le docteur Kirkof a beaucoup employé la décoction de feuilles de cette plante; mais il dit que pour réussir il faut en porter la dose jusqu'à provoquer un commencement d'empoisonnement.

Le sous-carbonate de fer a été aussi beaucoup vanté dans le traitement de la névralgie. Il en est de même de l'hydrocyanate de fer, dont la formule suivante est très-employée en Allemagne :

℞ Hydrocyanate de fer,
Sucre blanc; ana gr. xviij.

Divisez en trois paquets qu'on administre dans la journée.

Le sous-carbonate de cuivre a été administré; mais je ne pense pas qu'on en ait obtenu de bons résultats.

Il n'en est pas de même du zinc, qui a été employé sous deux formes. A l'état d'oxyde il entre dans les pilules de Méglin, auxquelles beaucoup de praticiens accordent une grande confiance. A l'état de cyanure il ne jouit pas d'une aussi grande réputation.

Le mercure a été vanté par un certain nombre de médecins, comme jouissant d'une propriété spéciale dans le traitement des névralgies; mais je pense que son administration ne peut être utile que dans les cas où la névralgie est due à des périostoses ou à des exostoses syphilitiques.

Le camphre a été donné à la dose de 1 et 2 scrupules dans l'espace de vingt-quatre heures.

On a administré l'acétate d'ammoniaque à la dose de 35 gouttes, répétée trois fois par jour. Je ne puis rien dire sur ce médicament dont je n'ai pas eu lieu d'observer les effets.

L'huile essentielle de térébenthine a été administrée à l'extérieur et à l'intérieur. A l'intérieur, on la donne à la dose de 1 à 2 gros dans les vingt-quatre heures. Cette substance agit à la manière des purgatifs, et je pense qu'elle n'a pas d'avantage sur les autres.

Le quinquina et ses préparations jouissent d'une grande efficacité quand le type intermittent de la névralgie est bien caractérisé. Leur administration est basée sur les mêmes règles que pour les fièvres intermittentes.

Enfin, on a proposé un traitement chirurgical. On a pratiqué la section de différents nerfs. Dans le cas où on se décide à faire cette opération, il faut que le point de départ de la névralgie soit bien constaté. Ce moyen d'ailleurs ne met pas à l'abri d'une récidive; ainsi on a vu la névralgie reparaître après la section de différents nerfs. Aussi a-t-on proposé d'enlever complétement le nerf qui était le siége de la névralgie.

On a aussi fait usage de la cautérisation; mais tous ces moyens sont extrêmement douloureux et répugnent aux malades. Ils ne me paraissent d'ailleurs jouir d'aucune efficacité; aussi sont-ils très-rarement employés. Vous devez certainement, dans le traitement de la névralgie, préférer les premiers moyens dont je vous ai donné une assez longue liste. Si un moyen ne vous réussit pas, ne vous découragez pas, essayez d'un autre. Combien de fois ai-je eu à me louer, dans ma pratique, de ma persévérance à essayer de moyens, qui, mauvais chez certains malades, réussissaient parfaitement chez d'autres. Cela arrive journel-

lement à tous les praticiens, et ils savent combien cette proposition est juste.

Je ne vous parlerai pas d'un dernier moyen chirurgical très-grave, consigné dans le t. VI, 2e série, des *Archives de Médecine,* et qui consiste dans la section du nerf sciatique, car il n'est pas dit, dans l'observation pour laquelle elle fut pratiquée, si le malade a guéri.

Nous allons maintenant nous occuper des maladies des organes des sens.

OUVRAGES PRINCIPAUX A CONSULTER SUR LES MALADIES DES CORDONS NERVEUX.

Descot. Dissertation sur les affections locales des nerfs.
Martinet. Mémoire sur les inflammations des nerfs. (*Revue médicale*), juin 1824.
Bailly. Essai sur la névralgie fémoro-poplitée.
Méglin. Recherches et observations sur les névralgies faciales.
Berlinghieri. De nervis et nevralgia facies.
Barras. Traité sur les gastralgies et entéralgies.

—

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DES ORGANES DES SENS.

Un très-grand nombre de ces maladies sont du ressort de la pathologie externe. Nous ne nous occuperons que de celles qui, pour l'ordinaire, sont du domaine de la pathologie interne.

MALADIES DE LA PEAU.

Dans l'étude de ces différentes maladies je suivrai le même ordre que j'ai suivi dans les maladies des autres appareils. Nous pouvons, en effet, établir pour la peau les mêmes classes de maladies que pour les autres organes.

Ainsi, il y a des lésions de circulation, et parmi elles les phlegmasies occupent le premier rang. Ces phlegmasies de la peau sont simples, comme l'érésipèle, par exemple, ou contagieuses, comme la variole. Il importe d'établir comme règle générale, que dans les maladies de la peau, l'altération qui les caractérise extérieurement ne constitue pas toute la maladie, et qu'elle n'en est qu'un élément. Avec elle coïncide presque toujours une modification interne, soit des tissus, soit du sang, soit de l'innervation. Cette règle générale s'applique aux maladies aiguës, telles que la rougeole, la variole, etc., comme aux maladies chroniques, telles que le scorbut et les scrofules.

Nous trouverons aussi que certaines maladies de la peau sont caractérisées par l'anémie, d'autres par des hémorragies.

Les lésions de sécrétion de la peau sont nombreuses et variées, comme sont nombreuses et variées les fonctions sécrétoires qu'elle exerce. Ainsi nous trouverons des lésions des sécrétions liquides, et des lésions des sécrétions solides.

Nous aurons aussi à examiner les lésions de nutrition dont la peau est susceptible, lésions de nutrition qui se traduisent presque toujours par la gangrène.

Des produits accidentels peuvent pareillement se former à la peau. Ainsi la mélanose, le cancer surtout, s'y développent fréquemment.

Enfin, après ces lésions, toutes appréciables à nos sens, nous aurons à examiner celles où nos sens ne nous sont plus d'aucune utilité, c'est-à-dire les lésions d'innervation de la peau.

Ire CLASSE. — MALADIES DE LA PEAU, CARACTÉRISÉES PAR UNE LÉSION DE CIRCULATION.

Ordre 1er. — HYPÉRÉMIES.

Ier *Genre.* — Hypérémie active.

L'affection de la peau qui me semble devoir être appelée hypérémie active de la peau, est l'*érythème.*

On en distingue deux espèces : l'érythème aigu et l'érythème chronique.

DE L'ÉRYTHÈME.

L'érythème est une affection de la peau, caractérisée par des taches rouges, d'étendue, de forme et d'aspect variables ; d'où résulte la nécessité de la distinguer en plusieurs variétés.

1o Il peut arriver que la rougeur étendue sur une surface plus ou moins grande de la peau, la couvre à la manière d'un voile rouge. Cet érythème se promène à la face, à la poitrine, aux membres, et, en raisnn de sa mobilité, on l'appelle érythème diffus (*erythema diffusum*). Dans cette variété, la rougeur est toujours superficielle et sans gonflement appréciable de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané.

2o Dans quelques circonstances, l'érythème se présente sous la forme de taches plus ou moins nombreuses, séparées par des intervalles plus considérables. Ces taches ne sont pas élevées. C'est l'érythème maculé (*erythema maculatum*).

3o Dans une troisième variété, l'érythème est caractérisé par des taches d'un rouge livide, arrondies, dont le diamètre varie entre un demi-pouce et un pouce, dont la circonférence est élevée, proéminente et légèrement papuleuse, c'est l'érythème marginé ou papuleux (*erythema marginatum seu papulatum*). Cette variété se montre sur toutes les régions du corps, sur les membres, à la face, dans le cuir chevelu, et même sur les conjonctives.

(M. Rayer fait, avec Willan, deux variétés de cette forme de l'érythème, une (*marginatum*) à laquelle se rapporte la description précédente, l'autre (*papulatum*) qu'il décrit

ainsi : se développe surtout chez les femmes et les jeunes gens, et se montre le plus ordinairement à la face dorsale des mains, au col, sur la face, la poitrine, les bras et les avant-bras. Les petites taches rouges qui la caractérisent, irrégulièrement arrondies, légèrement saillantes, comme papuleuses, dépassent rarement la largeur d'un centime ; d'un rouge vif au début, elles prennent bientôt une teinte violacée, surtout à leur centre, et disparaissent presque complétement sous la pression du doigt. Dans l'espace d'un à deux jours, elles s'affaissent au niveau de la peau qui les entoure, et la rougeur elle-même est dissipée après un ou deux septénaires. L'on a vu ces plaques être plus saillantes, et la tuméfaction persister plus longtemps (*eryth. tuberculatum* de Willan). Enfin elles peuvent être confluentes, et former par leur réunion des taches plus ou moins irrégulières, plus ou moins considérables. Au premier coup d'œil ces taches violacées de l'érithème papuleux peuvent être prises pour des plaques syphilitiques à leur début ; mais la marche de ces dernières suffirait pour les distinguer, lors même que plusieurs d'entre elles n'offriraient pas une teinte luisante cuivrée ou grisâtre, ou qu'elles ne seraient pas accompagnées d'autres symptômes vénériens. Lorsque ces deux éruptions existent à la fois chez un même malade, la détermination des plaques appartenant à chacune d'elles exige quelque habitude et beaucoup d'attention.)

4º Dans une quatrième variété de l'érithème, la peau, dans les parties où elle est rouge, forme des nodosités ; c'est l'érithème noueux (*erith. nodosum*). Cette variété est accompagnée de symptômes plus ou moins graves. Dans ce cas, une véritable phlegmasie peut succéder à la congestion, et de là apparaissent des vésicules dans lesquelles un travail purulent ne tarde pas à se déclarer. Des symptômes généraux, tels que le malaise, l'abattement, la fièvre, peuvent précéder cet état qui se rencontre chez les femmes, les enfants et les jeunes gens lymphatiques.

Quelle que soit sa forme, l'érythème peut être une maladie unique, ou se montrer comme complication d'une autre maladie. Ainsi on l'a observé quelquefois dans la dothiénentérie.

L'érythème peut se développer sans causes appréciables. Il peut aussi être occasionné par des agents extérieurs, ainsi un coup de soleil, l'impression de l'eau chaude ou très-froide, l'application de corps irritants, des morsures ou des piqûres d'insectes, la malpropreté, certains fluides fournis par les membranes muqueuses, tels que l'humeur du coryza, l'écoulement leucorrhéique et le frottement de la peau, chez les nouveau-nés. Parmi les causes internes nous devons tenir compte des modifications de l'innervation, la rougeur qui se manifeste sur les joues par une influence morale, en est la preuve. Chez quelques individus ces mêmes influences morales congestionnent la peau du thorax. Il y a des individus qui ne peuvent éprouver une souffrance de l'estomac, sans être atteints aussitôt d'un érythème. Il y en a d'autres chez lesquels des aliments d'une certaine nature déterminent cette affection de la peau. Dans les empoisonnements, l'érythème survient souvent ; alors ce phénomène est uniquement symptomatique.

La durée de l'érythème est variable et en rapport avec la cause qui l'a fait naître. Il peut ne durer que quelques heures ou quelques jours, comme aussi il peut durer quinze ou vingt jours.

Sa marche peut être continue ou intermittente ; ainsi, par exemple, il peut revenir tous les deux jours.

L'érythème est sujet à la récidive, et cette récidive a lieu surtout au printemps. Une des propriétés les plus remarquables de cette affection de la peau est la mobilité.

Le pronostic de l'érythème qui ne coïncide avec aucune des lésions intérieures qui l'accompagnent quelquefois, est en général peu grave.

Le traitement varie selon les causes qui le produisent. Quand l'érythème est sans fièvre et sans complication, il guérit de lui-même au bout de quelques jours. S'il s'accompagne de fièvre et de douleur plus ou moins vive, il faut employer les émollients, les bains tièdes, et quelquefois les émissions sanguines.

Il est inutile de dire qu'il faut prescrire un régime doux et en rapport avec la constitution des malades.

L'érythème se présente presque toujours sous la forme aiguë ; la forme chronique est très-rare.

IIe *Genre*. — HYPÉRÉMIE PASSIVE.

L'hypérémie passive se traduit par une teinte rouge violacée de la peau. Cette teinte se montre sur les jambes des individus qui se sont tenus debout pendant longtemps, ou chez ceux qui ont beaucoup marché.

Pour faire disparaître cette hypérémie, ou du moins pour soulager les malades qui en sont atteints, il suffit de leur faire porter des bas lacés, qui ont pour effet de suppléer à l'élasticité de la peau, qui est anéantie chez ces individus.

Cette hypérémie s'observe souvent chez les scorbutiques et chez les individus affectés de maladies chroniques. Un certain nombre même de maladies chroniques se traduisent par ce phénomène. Dans tous ces cas il est facile de voir que cette teinte violacée est causée par la stagnation du sang ; et il est facile de pré-

voir que le sang, n'étant plus doué de cette propriété de circulation, finit par agir à la manière des corps étrangers qui, introduits dans l'économie, y déterminent des irritations dont les suites peuvent être plus ou moins fâcheuses. Il est facile par là de très-bien comprendre comment ces phénomènes s'accomplissent, et de se rendre compte comment, chez les vieillards, le sang ne soit pas vicié. En effet, il n'y a chez eux que stase du sang. Dans ces cas-là il faut des toniques, qui ont pour objet de rendre à la peau une énergie indispensable pour entretenir l'état de la circulation dans les vaisseaux capillaires.

L'hypérémie passive de la peau peut aussi être produite par le froid, d'où la production de l'*engelure*. Qu'est-ce en effet qu'une engelure, si ce n'est une hypérémie? Vous voyez d'abord la peau frappée par le froid éprouver une modification plus ou moins prononcée et se trouver privée de l'énergie nécessaire à la circulation capillaire, et voilà un effet analogue produit par des causes différentes. Dans les cas d'engelure, il convient d'appliquer des irritants sur la peau. L'acide hydrochlorique affaibli paraît jouir d'une propriété remarquable lorsqu'il n'y a pas destruction de l'épiderme.

Vous voyez que dans tous ces cas d'hypérémie passive de la peau, ce n'est point dans l'inflammation qu'il faut aller chercher le point de départ de ces états morbides.

Au reste, dans les maladies miasmatiques, cette hypérémie se traduit par une couleur rouge plus ou moins sombre. Dans le typhus, les taches de la peau sont violacées et brunes.

IIIe *Genre.* — HYPÉRÉMIE MÉCANIQUE.

La peau peut être aussi affectée d'hypérémie mécanique. C'est ce qui arrive, par exemple, dans les maladies du cœur. Si l'artère d'un membre s'oblitère, que ce soit par ossification ou par une cause d'autre nature, on voit apparaître sur le membre dans lequel l'artère se répand une rougeur violacée, et une douleur consécutive ne tarde pas à se déclarer. La couleur violacée se fonce de plus en plus, jusqu'à passer à la teinte noire; alors la peau se désorganise et tombe, comme cela arrive dans la gangrène sénile.

L'explication de ce qui se passe dans ce cas est facile à donner. Le sang n'arrive plus aux extrémités, la force des capillaires se trouvant modifiée, le sang veineux ne peut plus revenir des extrémités; d'où défaut de vie, gangrène.

M. Magendie a très-bien prouvé que le même effet qui se produisait alors, n'a pas une énergie suffisante pour transmettre aux vaisseaux capillaires la force qui leur est nécessaire pour opérer le retour du sang veineux au cœur.

Vous voyez par l'exposition de ces idées, que l'inflammation, encore une fois, n'est pour rien comme point de départ de ces maladies.

Ordre II. — PHLEGMASIES.

On a établi six genres dans cet ordre, et cette classification est relative à la forme que chaque maladie peut revêtir.

1er Genre. Inflammation simple de la peau, ayant l'aspect de l'érythème, comme l'érésipèle, la rougeole, la scarlatine, etc. Ce sont les maladies *exanthémateuses.*

2e Genre. Inflammation caractérisée par de petites élevures remplies de liquide : *vésiculeuses.*

3e Genre. Grosses et larges élevures en forme de bulles : *bulleuses.*

4e Genre. Inflammation caractérisée par des pustules : *pustuleuses.*

5e Genre. Simples saillies ne contenant aucun liquide : *papuleuses*, quand ces saillies sont peu prononcées; *tuberculeuses*, quand elles le sont beaucoup.

6e Genre. Inflammation caractérisée par la production de squammes : *squammeuses.*

1er *Genre.* — EXANTHÉMATEUSES.

Ce genre se compose des espèces suivantes : l'érésipèle, la roséole, la rougeole, la scarlatine, l'urticaire.

1re *Espèce.* L'ÉRÉSIPÈLE.

L'érésipèle est une maladie de la peau caractérisée par la rougeur, l'aspect luisant et la tuméfaction d'une partie des téguments, avec sensibilité, tension, douleur et chaleur plus ou moins prononcées, accompagnées ou non de fièvre. La rougeur a cela de particulier, qu'elle peut momentanément disparaître par la pression du doigt, pour reparaître aussitôt après que la pression a cessé.

L'érésipèle est une des inflammations les plus fréquentes de la peau. Il peut se développer sur tous les points de la surface cutanée. Cependant il apparaît, de préférence, sur les parties qui sont habituellement découvertes. Ainsi, dans notre climat et sous l'influence de nos habitudes, l'érésipèle de la face est de beaucoup le plus fréquent.

Causes. Les causes de l'érésipèle sont très-diverses, et souvent cette affection se développe sans cause connue.

Les causes sont extérieures ou intérieures. Parmi les causes extérieures on doit ranger l'insolation, l'application de corps chauds ou irritants. Ces causes, qui produisent aussi l'érythème, peuvent déterminer l'érésipèle.

Il y a des substances qui, ingérées dans l'estomac, produisent cette inflammation de la peau.

(M. Chomel ne partage pas cette opinion de M. Andral sur l'influence des causes externes dans la production de l'érésipèle. Voici comment il s'explique à cet égard : « Les causes qui donnent lieu au développement de l'érésipèle sont fort obscures. L'inflammation qui résulte du contact d'agents irritants, tels que la poudre de cantharides, la farine de moutarde, certaines plantes vénéneuses, est une affection trop différente de l'érésipèle, dans ses symptômes comme dans ses causes, pour qu'elle puisse être confondue avec lui. Selon nous, l'érésipèle *n'est jamais le résultat d'une cause externe*, ou du moins *si une cause externe* concourt à sa production, *elle n'a qu'une part secondaire à son développement ;* elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas. Nous sommes par conséquent réduits à étudier les conditions dans lesquelles cette disposition survient, et les circonstances qui peuvent provoquer l'apparition de l'érésipèle chez ceux qui y sont prédisposés. »

Et plus loin il ajoute : « Quelques médecins, guidés par des théories humorales, ont cherché dans l'alimentation les causes prédisposantes de l'érésipèle. Ils ont pensé que les aliments âcres, tels que l'ail et les oignons crus, les épices de toutes espèces, les vins acerbes, les liqueurs alcooliques, l'usage exclusif de poissons et l'huile, devaient prédisposer à l'érésipèle. Quelques-uns même ont avancé que cette affection était plus fréquente dans les pays où ce genre d'aliments et de boissons est plus en usage ; mais ces assertions ne sont pas démontrées ni même appuyées sur un certain nombre de faits. On rencontre des sujets qui en ont été très-souvent atteints, les uns plusieurs fois chaque année, d'autres tous les mois, pendant une partie de leur vie. Mais si l'on cherche à connaître les causes de cette singulière disposition, en comparant les circonstances dans lesquelles elle s'est montrée, on ne trouve, le plus souvent, rien qui puisse l'expliquer, et l'on est obligé de la rattacher encore à une prédisposition individuelle, c'est-à-dire à une cause inconnue. » *Dict. en* 25 *vol.* tome XII.)

L'érésipèle se développe dans toutes les saisons, cependant le printemps et l'automne sont les saisons dans lesquelles il est le plus fréquent.

Les causes intérieures qui favorisent le développement de l'érésipèle sont la suppression d'une évacuation habituelle, de la transpiration cutanée, d'une hémorragie, du flux menstruel, des hémorroïdes, la fatigue, les émotions morales vives. L'existence d'anciens ulcères peut donner lieu à l'érésipèle. Une peau anciennement irritée y est plus sujette. Il arrive souvent qu'après avoir pratiqué la scarification sur un membre infiltré, l'érésipèle survient, et dans ce cas cette invasion érésipélateuse est d'un mauvais présage.

L'état pathologique de l'estomac favorise singulièrement le développement de l'érésipèle. On le voit en effet souvent coïncider avec l'embarras gastrique.

Il est des individus qui ont une prédisposition merveilleuse à l'érésipèle. Chez eux la moindre cause irritante en est le point de départ. La peau, pour si peu qu'elle soit irritée, devient érésipélateuse.

Dans certains cas l'érésipèle survient d'une manière épidémique. Cela s'observe surtout dans les grands hôpitaux et dans les salles de chirurgie. Il est des moments où l'on ne peut pratiquer la moindre opération sans voir survenir l'érésipèle. Aussi faut-il être très-avare d'opérations dans ces moments défavorables : c'est un phénomène singulier qui échappe à toutes nos explications.

On a observé que les plaies de tête et les opérations pratiquées sur cette région étaient plus souvent suivies d'érésipèles que celles des autres parties du corps. Il faut aussi remarquer que l'érésipèle spontané est aussi de beaucoup plus fréquent à la tête.

L'opinion de la contagion de l'érésipèle ne conserve guère de partisans qu'en Angleterre : elle ne soutient pas l'examen, elle est tous les jours démentie par l'observation.

Symptômes. Les prodrômes de l'érésipèle sont d'autant plus marqués, qu'il sera plus grave, soit par son étendue, soit par son siége. Ils sont, au reste, les mêmes que ceux des autres maladies aiguës, et consistent en un malaise général, des lassitudes, des frissons, un mouvement fébrile. Souvent les ganglions lymphatiques voisins du lieu qui sera le siége de l'éruption, se gonflent et deviennent douloureux. Bientôt une sensation de cuisson ou d'engourdissement, une rougeur partielle indiquent plus clairement le genre de l'affection qui va survenir et le siége qu'elle affectera. Enfin l'exanthème se caractérise, et la rougeur circonscrite de la peau, le gonflement, la tension, la douleur et la chaleur, ne laissent plus de doute sur sa nature.

La rougeur est le symptôme le plus apparent. Bornée d'abord à un petit espace, elle s'étend par degrés sur une surface plus ou moins considérable, et là elle forme une plaque à bords irréguliers. Cette rougeur n'a pas la même intensité pendant tout le cours de la maladie. Obscure d'abord, elle devient plus tranchée ensuite, et peut présenter toutes les nuances dupuis le rose pâle jusqu'au rouge le plus intense; quelquefois elle est nuancée de jaune. Un caractère essentiel de cette rougeur

est de disparaître momentanément sous la pression du doigt, et de se reproduire aussitôt que cette pression a cessé. Dans la période d'accroissement et de déclin de l'exanthème, la rougeur est, dans quelques cas, mal circonscrite. A cette rougeur de la peau se joint un gonflement plus sensible au tact qu'à l'œil, et qui est d'autant plus considérable, que l'érésipèle occupe des parties où le tissu cellulaire est très-lâche, comme le prépuce, les grandes lèvres, les paupières et les autres parties de la face. La peau est aussi plus lisse et présente à la vue quelque chose de luisant.

Les parties affectées d'érésipèle sont le siége d'une douleur et d'une chaleur plus ou moins intenses. En général, cette douleur est plutôt prurigineuse et incommode que vive; elle est tantôt continue, tantôt elle cesse et se reproduit par intervalles. La chaleur est plus ou moins vive, quelquefois âcre et mordicante. La douleur est provoquée ou exaspérée par le moindre contact; les mouvements des parties qui sont le siége de l'érésipèle sont douloureux, difficiles et quelquefois même impossibles. Si l'érésipèle occupe l'orifice de quelques conduits, ils sont rétrécis ou même oblitérés; de là l'impossibilité d'articuler des sons quand il occupe les lèvres, la surdité quand c'est le conduit auditif, etc.

Des symptômes généraux se joignent ordinairement à ces symptômes locaux, pour si peu que l'érésipèle soit intense. Ainsi il est fréquent de voir l'appétit nul, la soif augmentée, de l'agitation pendant le sommeil, de la céphalalgie, la langue sale, et la fièvre. Ce dernier symptôme est d'autant plus marqué, que l'érésipèle est intense et plus près de son début. Il disparaît souvent aussitôt que l'éruption est terminée, comme aussi il peut persister jusqu'à la desquamation et même au delà.

La *marche* de cette affection est généralement rapide; elle parcourt ses périodes ordinairement en sept jours, et quelquefois plus rapidement. Voici ce qui s'observe dans la généralité des cas. Pendant deux ou trois jours la rougeur et la tension deviennent de plus en plus marquées; déjà vers le quatrième ou le cinquième, l'érésipèle pâlit ou bien prend une couleur jaunâtre ou brune; la peau n'est plus lisse, mais rude et ridée. Mais comme l'érésipèle envahit une plus ou moins grande étendue des surfaces environnantes, et que cet envahissement s'est fait à des distances plus ou moins éloignées, il s'ensuit que les parties qui ont été primitivement le siége de l'érésipèle sont en desquamation, que les dernières sont encore dans la période d'acuité.

La résolution, accompagnée de la desquamation de l'épiderme, est la terminaison la plus ordinaire de l'érésipèle. Sur la surface qu'occupait l'érésipèle, alors que la rougeur et la tension de la peau ont diminué ou cessé, on voit se former, soit une poussière blanchâtre qui se détache et tombe lentement, soit une pellicule blanchâtre et rugueuse qui se soulève et se sépare par lambeaux. Enfin, au bout de plusieurs jours, ou même de quelques semaines, la peau reprend sa couleur et sa souplesse.

On voit quelquefois l'érésipèle disparaître rapidement avant qu'il ait parcouru les périodes que nous venons d'indiquer. Cette terminaison par délitescence est presque toujours suivie d'affections très-graves des principaux viscères. Cependant il faut remarquer, avec M. Chomel, que l'érésipèle, borné à une petite surface, au nez ou à une joue, que celui qui se reproduit pour la cinquième ou la dixième fois, disparaît en quarante-huit heures sans aucun danger. Mais il n'en est plus de même lorsque l'érésipèle occupant une grande surface, vient à disparaître subitement dans sa période d'accroissement : le danger est grave alors, car l'érésipèle a presque toujours été précédé de quelque affection viscérale.

L'érésipèle offre plusieurs variétés.

1° *Érésipèle flegmoneux.* Il est du ressort de la pathologie chirurgicale.

2° *Érésipèle œdémateux.* Il se montre quelquefois chez les enfants à la suite d'une application de sangsues qui ont déterminé un écoulement de sang abondant. Il se manifeste aussi sur une partie affectée d'œdème. C'est principalement sur les membres inférieurs et sur les parties extérieures de la génération, le scrotum et les grandes lèvres, qu'on l'observe. Cet érésipèle œdémateux ne fait point changer la couleur de la peau, mais il rend cette membrane tendue et luisante, chaude, très-sensible au contact et conservant l'impression du doigt. Cette variété peut se dissiper en quelques jours et ne présenter aucune gravité; mais elle peut aussi déterminer des douleurs très-vives, la lividité de la peau et le décollement de l'épiderne part de la sérosité. Alors une suppuration abondante et profonde s'établit, des escarres se forment en divers endroits de la peau; et la mort survient, dans la plupart des cas, après un temps plus ou moins long.

3° *Érésipèle bulleux ou phlycténoïde.* Dans cette variété l'épiderme est soulevé en forme de vessie par de la sérosité. Cette variété s'observe dans les érésipèles très-intenses, et surtout dans celui qui occupe la face.

Plusieurs auteurs admettent un beaucoup plus grand nombre de variétés de l'érésipèle selon les phénomènes généraux qui l'accompagnent, selon les phénomènes locaux qui ne lui sont pas essentiels, selon son siége et selon sa réapparition. Nous observerons seulement sous ce dernier rapport que l'érésipèle peut envahir successivement plusieurs parties

du corps, se porter de l'une à l'autre; c'est l'*érésipèle ambulant.*

Traitement. Dans l'érésipèle simple on doit se borner à prescrire des boissons délayantes, le repos et la diète. Si l'érésipèle est compliqué, il importe de se méfier des symptômes qui l'accompagnent, car des organes importants à la vie peuvent être compromis, et une terminaison funeste peut arriver si l'on n'arrête pas à temps les désordres qui sont survenus. Ainsi si la fièvre est intense, si le cerveau est compromis, il ne faut pas hésiter à pratiquer de larges émissions sanguines. Et remarquez bien que ces émissions sanguines n'abrégent pas la maladie principale, mais qu'elles modèrent seulement les symptômes qui la compliquent.

Pour moi, en vous exposant ma manière de voir, qui est basée sur l'expérience, je vous dirai que bien des fois j'ai vu des érésipèles disparaître par l'administration de deux grains d'émétique, dans le cas où il y avait embarras gastrique; et je puis vous assurer que si dans ce cas vous vous contentez de pratiquer des émissions sanguines, vous n'obtiendrez aucun succès.

Si l'érésipèle dans sa marche vient à se compliquer d'une phlegmasie quelconque, il faut porter une grande attention à celle-ci, et la combattre par tous les moyens thérapeutiques qui seront en votre pouvoir.

Il serait trop long d'énumérer tous les accidents qui peuvent compliquer l'érésipèle. Ici, comme dans bien d'autres cas, je me bornerai à vous dire qu'il faut vous diriger suivant les symptômes qui apparaissent et suivant leur marche.

Ainsi si l'érésipèle menace d'être compliqué de gangrène il faut employer les toniques, et les fomentations de quinquina par excellence. Ces agents thérapeutiques, en resserrant les tissus, leur rendront l'énergie nécessaire dont l'absence est la principale cause de la gangrène.

Mais si, en faisant usage de ces moyens, on constate la présence de quelque phlegmasie locale, il faut modifier le traitement.

Les praticiens ont essayé de tous les moyens possibles pour arrêter le développement de l'érésipèle. Les uns ont employé les vésicatoires sur l'érésipèle lui-même, afin de concentrer son action et de l'arrêter dans sa marche. D'autres ont voulu circonscrire l'érésipèle en promenant sur ses bords le nitrate d'argent, ou en pratiquant une ligne de démarcation un peu au-dessus de la région qu'il occupe. On a fait des frictions avec l'onguent napolitain, etc.; tous ces moyens ont une valeur fort contestable.

Au reste, comme je l'ai déjà dit, l'érésipèle vrai n'est que modifié dans sa marche par les moyens qu'on lui oppose. On doit se borner, s'il y a des symptômes inquiétants, à les combattre de la manière la plus avantageuse. Ceci revient à dire que l'érésipèle simple doit être abandonné à lui-même, et qu'il faut se contenter de prescrire des boissons légères, du repos et la diète.

IIe *Espèce.* LA ROSÉOLE.

La roséole est une maladie *non contagieuse* de la peau, caractérisée par des taches rouges ne dépassant pas la surface de la peau. Elle peut être générale ou partielle. Elle se montre surtout pendant les étés très-chauds et pendant l'automne. Elle est plus fréquente chez les femmes et les enfants que chez les hommes.

La roséole se montre assez souvent pendant le travail de la dentition, ou après d'autres maladies. Elle peut être ou non précédée et accompagnée de fièvre. Elle ne donne lieu à aucun symptôme important du côté de la vie de nutrition, si ce n'est à de l'anorexie. Elle peut aussi déterminer des phénomènes de congestion vers le cerveau.

Les taches de la roséole paraissent et disparaissent alternativement. Parfois la roséole peut simuler une rougeole.

Le traitement est fort simple. On doit prescrire la diète, le repos, les délayants, et les émissions sanguines s'il survenait des congestions vers le cerveau.

(Willan admet un assez grand nombre de variétés de la roséole. M. Rayer, si bon juge en pareille matière, professe qu'il est impossible de distinguer plusieurs espèces de roséoles, généralement admises, de l'érythème; il a recherché aussi si une autre variété, dont les taches ressemblent assez bien à celles de la rougeole et qui forme le type principal de ce groupe, n'était pas elle-même une modification ou une variété de la rougeole *sans catarrhe.* Mais les faits ne sont pas assez clairs et ses idées assez arrêtées pour qu'il ose détruire le groupe formé par Willan. Voici les caractères assignés par Willan à ces diverses éruptions dont l'existence ne peut être contestée, quel que soit le nom qu'on leur donne, et quelle que soit la place qu'on leur assigne dans une classification nosologique.

1° *Roseola æstiva.* Cette variété, quelquefois précédée d'une légère fièvre, apparaît d'abord sur les bras, la face et le cou; dans l'espace d'un à deux jours, elle est répandue sur le reste du corps et y produit un picotement et une vive démangeaison. Elle se montre sous la forme de petites plaques distinctes, plus larges, plus pâles et plus irrégulières que celles de la rougeole, séparées par des intervalles nombreux où la peau a sa couleur naturelle. D'abord rouges, elles prennent bientôt la couleur rose foncée, qui leur est particulière. Le pharynx présente la même teinte, et le malade éprouve, en avalant, une sorte

de rudesse et de sécheresse dans la gorge. Le second jour l'éruption continue à être animée, immédiatement après, son éclat diminue, de légères taches d'un rouge obscur persistent jusqu'au quatrième jour et disparaissent entièrement le cinquième, ainsi que le dérangement de la constitution.

Quelquefois cette efflorescence bornée à certaines parties de la face et du cou, et à la partie supérieure de la poitrine et des épaules, se montre sous la forme de plaques très-légèrement élevées, qui causent de violentes démangeaisons, mais ne produisent pas le fourmillement qui accompagne l'urticaire. La maladie dure au plus un septénaire. L'éruption paraît et disparaît quelquefois à plusieurs reprises, sans cause appréciable ou à la suite d'affections morales vives, ou bien après l'ingestion d'aliments épicés et de liqueurs échauffantes. La rétrocession de l'exanthème est ordinairement accompagnée d'un dérangement des fonctions de l'estomac, de céphalalgie, d'un état de langueur et de lassitude que le retour de l'éruption fait disparaître sur-le-champ. Cette variété survient ordinairement pendant l'été, chez les femmes douées d'une constitution irritable, elle est quelquefois liée à des affections intestinales de la saison et semble représenter un état intermédiaire entre l'érythème et l'urticaire, qui doit être combattu par une diète légère, des boissons acidulées et quelquefois par des laxatifs.

2° *Roseola autumnalis*. Cette variété attaque les enfants dans l'automne, et se montre sous la forme de taches distinctes, circulaires ou ovales, d'un rouge sombre, et qui augmentent successivement d'étendue jusqu'à ce qu'elles aient acquis la dimension d'une pièce de vingt sous. Elles apparaissent principalement sur les bras et se terminent quelquefois par desquamation. Cette efflorescence n'est accompagnée que de peu de malaise et de démangeaison; c'est évidemment une variété d'érythème. M. Ant. Todd Thompson cite, d'après Bateman, deux cas qu'il rapporte à cette variété et qui furent accompagnés de symptômes fébriles très-graves.

3° *Roseola annulata*. Elle est quelquefois accompagnée de symptômes fébriles; alors sa durée est courte; dans d'autres cas, il n'y a aucun dérangement dans l'ensemble des fonctions, et l'éruption continue pendant un temps indéterminé. Elle paraît sur presque toutes les parties du corps sous la forme d'anneaux roses, dont les aires centrales ont la couleur ordinaire de la peau. Ces anneaux n'ont d'abord qu'une à deux lignes de diamètre; ils s'élargissent progressivement et acquièrent quelquefois jusqu'à un pouce et demi de circonférence. Le matin, l'efflorescence est toujours moins animée. Lorsqu'elle est chronique, elle est terne et décolorée; elle s'avive le soir ou dans la nuit et produit de la chaleur, de la démangeaison où des picotements à la peau; si elle disparaît ou s'affaiblit, l'estomac se dérange, il survient de la langueur, des vertiges et des douleurs dans les membres, symptômes qui sont ordinairement calmés par un bain tiède. Lorsque l'éruption devient chronique, elle doit être combattue par les bains de mer et les acides minéraux. La description de cette variété devra être ultérieurement fondue dans celle de l'érythème *annulatum*.

4° *Roseola infantilis*. Dans cette variété, les taches laissent entre elles de plus petits intervalles de peau saine que dans la *roseola æstiva*. Lorsque l'éruption est générale, si on ne tenait compte, pour établir le diagnostic, que de l'apparence de l'exanthème, on pourrait facilement la confondre avec la rougeole vulgaire. Cette variété de roséole attaque les enfants pendant la dentition, ou elle survient dans le cours d'affections intestinales ou fébriles; quelquefois elle n'existe que pendant une seule nuit, ou bien elle apparaît et disparaît successivement pendant plusieurs jours, accompagnée d'un dérangement des principales fonctions. Elle peut aussi se montrer successivement sur différentes parties du corps. Que cette variété soit une *modification* de la rougeole ou qu'elle en soit indépendante, elle doit être regardée comme le type du groupe *roséole*.

5° *Roseola variolosa*. Cet exanthème survient quelquefois avant l'éruption de la petite vérole naturelle ou de la petite vérole inoculée plus rarement avant la première. Dans la petite vérole inoculée, cette roséole paraît une fois sur quinze. Le second jour de la fièvre éruptive, qui correspond au neuvième ou au dixième jour après l'inoculation, on aperçoit d'abord l'exanthème sur les bras, la poitrine et la face, et le jour suivant il s'étend sur le tronc et les extrémités. Les taches, longues, irrégulières ou diffuses, laissent entre elles de nombreux intervalles. Plus rarement cette roséole est caractérisée par une rougeur presque générale et légèrement proéminente sur quelques points. Elle dure environ trois jours; le second ou le troisième les pustules varioliques peuvent être reconnues, au milieu de la rougeur roséolée, par leur élévation arrondie, leur dureté et la blancheur de leur sommet : aussitôt qu'elles apparaissent l'efflorescence diminue. Elle a été regardée par plusieurs inoculateurs, comme l'annonce d'une éruption discrète de petite vérole. Les observations de M. Rayer, sur la petite vérole naturelle, conformes à celles de Walter, le portent à penser précisément le contraire.

Cette éruption est difficilement répercutée par un air froid ou des boissons froides. Observée par les premiers écrivains qui ont dé-

crit la petite vérole, elle a été prise pour la rougeole : c'est ce qui leur a fait dire que la rougeole se convertissait quelquefois en petite vérole. La *roseola variolosa* pourrait être rattachée à l'érythème.

6° *Roseola vaccina.* Cette efflorescence a lieu chez quelques enfants du neuvième au dixième jour après l'insertion du vaccin. Elle apparaît sous la forme de petites taches confluentes, quelquefois diffuses comme celles de la roséole variolique. On l'aperçoit en même temps que l'auréole qui se forme autour de la pustule vaccinale; de là elle s'étend irrégulièrement sur toute la surface du corps; mais elle n'est pas aussi générale que celle qui survient après l'inoculation de la variole. Elle est ordinairement accompagnée d'une accélération du pouls et d'une vive anxiété ; comme la précédente c'est une variété de l'érythème.

7° *Roseola miliaris.* Adoptée par Willan, elle n'a point été observée par M. Rayer.

8° *Roseola febrilis.* Dans les fièvres continues et dans les fièvres typhoïdes, Bateman a observé une efflorescence qui ressemblait à la *roseola œstiva* ou à la rougeole. Il a vu, dans la Maison de convalescence, cette roséole survenir trois fois à la fin d'une fièvre légère. Chez deux de ces malades l'éruption dura seulement deux ou trois jours; chez le troisième, elle parut le neuvième de la fièvre, après un profond sommeil et une douce transpiration. Les taches, d'une couleur rose brillant, d'une forme ovalaire, légèrement proéminentes et unies à leur surface, développées sur les bras et à la poitrine, étaient plus nombreuses à la partie interne des bras. Cette éruption n'était accompagnée d'aucune démangeaison, ni d'aucune autre sensation. Tous les symptômes fébriles s'apaisèrent le même jour et le malade ne garda plus le lit. Le lendemain l'efflorescence s'était étendue, les taches étaient devenues larges et confluentes; mais leur couleur, affaiblie surtout à leur centre, avait pris une teinte pourpre, tandis que les bords continuaient à être rouges et légèrement élevés. Le troisième jour, toutes les taches avaient une tendance à devenir livides; et le quatrième, il en restait à peine des traces, ainsi que des symptômes fébriles. L'histoire de cette variété pourrait être fondue dans celle de l'érythème.

9° *Roseola rhumatica.* Une efflorescence roséolée est quelquefois liée à des attaques de goutte ou de rhumatisme fébrile. Bateman a soigné un individu d'une constitution goutteuse, chez lequel une roséole accompagnée d'une forte fièvre, d'une extrême langueur, d'une anorexie complète et de constipation, exista pendant une semaine sur les extrémités inférieures, le front et une portion du cuir chevelu. Le septième jour, cette éruption se termina par desquamation, et au milieu de la nuit les articulations du pied droit furent attaquées d'une inflammation goutteuse. M. Rayer a vu des taches roséolées survenir vers la fin d'un rhumatisme. Sous le nom de *Pelliosis rhumatica*, le professeur Schœnlein a aussi signalé cette variété à laquelle il assigne les caractères suivants : douleur plus ou moins vive des articulations et des extrémités, offrant des rémissions, changeant de siége, augmentant par l'influence du froid et s'apaisant par la chaleur du lit; frissons suivis d'une réaction fébrile plus ou moins prononcée, avec accélération du pouls et augmentation de la chaleur de la peau qui est sèche. Un état gastrique léger avec perte de l'appétit, bouche pâteuse ou amère, enduit muqueux blanchâtre ou jaunâtre de la langue, annonce le début de la maladie ; vingt-quatre ou quarante-huit heures après, et souvent plus tard, apparaît une éruption particulière, qui commence toujours aux jambes et ne s'établit quelquefois que sur les membres abdominaux et le plus souvent se développe en même temps sur les bras et les épaules; elle existe rarement sur le tronc et jamais à la figure. Cette éruption consiste en petites taches isolées, arrondies, de la grosseur d'un grain de millet ou d'une petite lentille, rarement proéminentes et d'une couleur rouge foncé ou violacé, quelquefois noirâtre. Le nombre de ces taches est très-variable; ordinairement elles ne sont ni si nombreuses, ni si rapprochées entre elles que les vésicules de la miliaire ou les taches de la rougeole. La fièvre cesse et les douleurs rhumatismales quittent le malade en perdant beaucoup de leur intensité au moment où cette éruption se déclare. Sous l'influence d'un régime et d'un traitement convénable, ces petites taches, dont le nombre peut augmenter par des éruptions répétées, pâlissent et la maladie se termine par une desquamation furfuracée. Si la marche de cet exanthème est troublée, soit par l'influence du froid et de l'humidité, soit par des applications répercussives, les taches disparaissent tout à coup et les douleurs reparaissent plus aiguës qu'elles n'étaient au commencement de la maladie; les articulations se gonflent, les mouvemements deviennent douloureux et impossibles, et la fièvre se rallume.

Cette maladie, observée à Wutzbourg, où les rhumatismes sont presque endémiques, et assez souvent funestes par leur complication avec la miliaire, attaquait les adultes, et plus souvent les hommes que les femmes. M. Fichs dit que c'est en hiver et au printemps, sous l'influence d'une atmosphère froide et humide, qu'il a observé cette éruption.

Le traitement qu'on lui oppose à l'hôpital de Wurtzbourg consiste dans l'administration du tartre stibié, s'il y a complication gastri-

que; dans l'emploi du vin de colchique, si les douleurs rhumatismales sont graves, et dans l'usage des diaphorétiques, tels que l'acétate d'ammoniaque et la poudre de Dower, pour déterminer l'éruption. On ne permet que des boissons chaudes et adoucissantes ; le régime est simple et antiphlogistique.

Petzold, Nicholson et Hemming ont aussi observé des roséoles arthritiques. Enfin le docteur Cock a donné la description d'une *fièvre éruptive rhumatismale épidémique*. observée dans les Indes occidentales.

10° *Roséola cholerica*. M. Rayer a observé cette variété dans l'épidémie du choléra asiatique qui a régné à Paris, en 1832. A la suite de la période de réaction, il survenait chez quelques cholériques, surtout chez les femmes, une éruption qui apparaissait le plus ordinairement sur les mains et les bras, et s'étendait ensuite sur le cou, la poitrine, le ventre, les membres supérieurs et inférieurs. A son début, elle était caractérisée par des plaques, la plupart irrégulièrement circulaires, s'éloignant plus ou moins, dans certains endroits, de cette forme, d'un rouge très-clair, saillantes et peu prurigineuses. Très-nombreuses sur les mains, les bras et la poitrine, elles l'étaient moins sur d'autres régions ; sur quelques points elles étaient très-rapprochées et tendaient à se confondre. Entre ces diverses plaques, la peau était saine et formait des îlots blancs et irréguliers. Quelquefois l'éruption à son summum était disposée en plaques plus ou moins rapprochées, qui formaient une rougeur en nappe assez analogue à la scarlatine légère ; sur d'autres points, l'aspect de l'éruption se rapprochait davantage de celui de la rougeole, et quelquefois de l'urticaire. M. Rayer a vu cette éruption compliquée d'une inflammation du pharynx et des amygdales, et sa disparition suivie d'une aggravation de symptômes, et même de la mort. Sur la poitrine les taches devenaient quelquefois confluentes et donnaient lieu à des plaques de la largeur de la main, saillantes et assez bien circonscrites. L'éruption prenait ensuite une teinte rose terne : à peine en pouvait-on découvrir les traces sur la peau ; dans certains points celle-ci était d'un jaune clair. Vers le sixième ou le septième jour l'épiderme se fendillait et se détachait en écailles très-larges sur les points où l'éruption avait existé.)

IIIe *Espèce*, LA ROUGEOLE.

La rougeole est un exanthème *contagieux*, caractère qui le différencie de la roséole. Elle a aussi pour caractère principal, qu'elle partage du reste avec quelques autres affections de la peau, de n'attaquer qu'une fois un même individu dans le cours de la vie.

La rougeole est caractérisée extérieurement par de petites taches rouges, de la dimension de morsures de puces, proéminentes sur les points où les follicules sont saillants, séparées par de petits interstices irréguliers où la peau conserve sa teinte naturelle, formant ensuite, par leur réunion, de petits croissants qui s'affaissent vers le septième ou le huitième jour, à dater de l'invasion, et sont ordinairement suivies d'une desquamation furfuracée.

Causes. La rougeole reconnaît pour cause un principe contagieux. On peut admettre néanmoins qu'elle peut se développer spontanément. Lorsque la rougeole se transmet par contagion, il s'écoule un certain temps entre le moment du contact et l'apparition de la maladie ; ce temps intermédiaire s'appelle *période d'incubation*. Cette période dure de douze à quinze jours.

La rougeole se propage avec facilité parmi les personnes qui habitent une même contrée ou une même maison. Il est néanmoins nécessaire de présenter une certaine prédisposition, car on voit des individus ne pas la contracter dans une première épidémie et en être atteints dans une seconde.

Les récidives de rougeole ont été plusieurs fois observées par un grand nombre de médecins. Tout récemment M. Rayer en a observé trois exemples. M. Guersent a aussi observé des cas semblables.

La rougeole attaque tous les âges et règne dans tous les climats. On dit cependant qu'elle n'existait pas dans le nouveau monde, et qu'elle y a été importée en 1518.

C'est surtout chez les jeunes enfants qu'on l'observe. Elle attaque quelquefois les adultes, mais très-rarement les vieillards. On a vu des enfants en présenter des traces à la naissance. Elle apparaît plus souvent après qu'avant la première dentition.

Elle se communique par le contact ou par infection. F. Home et Speranza ont établi par des expériences, qu'elle pouvait se produire par l'inoculation du sang des personnes qui en sont affectées. Alex. Monro et Looke l'ont inoculée avec l'humeur lacrymale et la salive recueillies sur des individus atteints de la maladie.

Les épidémies de rougeole règnent le plus souvent à la fin de l'hiver et au commencement du printemps. M. Rayer, qui a étudié dans les histoires des principales épidémies les circonstances particulières qu'elles ont présentées, est arrivé aux résultats suivants :

L'épidémie de rougeole observée en 1671, à Londres, par Sydenham, et celle qui régna à Upsal, en 1752, décrite par Rosen, furent *bénignes ;* des rougeoles *anomales et malignes* régnèrent à Londres, en 1674. L'épidémie observée en 1741, à Plymouth, par Huxham, était souvent compliquée de pneumonie. Waston a vu dans l'hôpital des Enfants Trouvés,

à Londres, en 1765 et 1768, deux épidémies de rougeoles putrides. Des rougeoles très-graves, compliquées de *miliaire,* furent observées à Vire et décrites par Polinière, et par Le Pecq de la Clôture, en 1772 et 1773. Ces rougeoles, qui régnèrent à Paris, en l'an VI, étaient compliquées d'affections *abdominales;* en l'an VII elles étaient quelquefois associées à la *scarlatine.* Dans une épidémie de rougeole, observée à la fin de 1800 et au commencement de 1801, par Consbruck, quelques enfants furent atteints de *fièvres morbilleuses sans éruption.* Ils avaient une fièvre violente avec tous les symptômes catarrhaux qui accompagnent la rougeole, puis il survenait une éruption à peine visible, qui disparaissait rapidement, ou seulement une sueur abondante, ou une diarrhée, ou une évacuation extraordinaire d'urine. Chacune de ces évacuations avait quelque chose de spécial : c'était évidemment, dit-il, des fièvres morbilleuses qui avaient été précédées de l'*influenza* et de la coqueluche. En étudiant comparativement ces épidémies et un grand nombre d'autres, dont l'histoire nous a été laissée, on voit que la plupart ont offert un caractère particulier de *bénignité* ou de *malignité,* et que presque toutes ont été précédées d'affections catarrhales, de coqueluches, de grippes ou d'*influenza,* maladies anciennement indiquées comme les *préludes* des constitutions morbilleuses. Enfin elles ont quelquefois succédé à des épidémies de variole. Dans l'année 1833, continue M. Rayer, nous avons observé à Paris cette succession signalée par Stork et de Haën. J'ai vu plusieurs enfants qui, après avoir éprouvé pendant quinze jours une véritable *toux férine,* ont ensuite été atteints de rougeole.

Symptômes. La rougeole est presque toujours précédée de prodrômes ou de symptômes précurseurs qui consistent principalement en des congestions de certaines membranes muqueuses, tellement caractérisées qu'à leur présence on peut prédire presque à coup sûr l'invasion de la maladie.

Ces congestions ont lieu, 1° sur la membrane muqueuse oculaire; 2° sur celle des fosses nasales; 3° sur celles des bronches. Ainsi, du côté des yeux, c'est un larmoiement continuel; du côté des fosses nasales, c'est le coryza; du côté des bronches, une toux pénible (*toux férine*). D'autres phénomènes peuvent apparaître, mais ils ne sont qu'accidentels.

En général, ces prodrômes durent de trois à six jours, accompagnés par des alternatives de frisson et de chaleur, du malaise, par des lassitudes dans les membres, de l'abattement, et par un sentiment de douleur et de pesanteur dans les yeux et dans le front.

Bientôt la fièvre s'allume, la peau devient chaude, la surface de la langue blanchit, ses bords et sa pointe rougissent, la soif se fait sentir, des nausées et quelquefois des vomissements se déclarent, et parfois l'épigastre est douloureux. Tout ces symptômes augmentent d'intensité le troisième jour : les yeux deviennent plus sensibles et plus enflammés, les paupières et leurs bords libres paraissent un peu tuméfiés; la toux est sèche et fréquente; il y a enrouement et dyspnée, sentiment de constriction à la poitrine, quelquefois du délire. C'est l'ensemble de ces symptômes qui constitue le premier stade.

Vers le quatrième jour a lieu l'apparition de l'exanthème. De petites taches rouges, distinctes les unes des autres, presque circulaires, peu proéminentes, de la forme et de la dimension des morsures de puces, apparaissent d'abord sur le front, le menton, le nez, les joues, autour de la bouche, et se répandent successivement, dans la journée même ou le lendemain, sur le cou, la poitrine et les membres. Ces taches sont d'abord petites, mais peu à peu elles s'élargissent et ne tardent pas à devenir proéminentes. Au bout de trente-six heures l'éruption est terminée. La peau qui était gonflée reste tuméfiée pendant un certain temps, et c'est ordinairement cinq jours après que l'éruption a commencé, que ce gonflement disparaît; alors les taches de la rougeole commencent à pâlir dans l'ordre de leur apparition, et prennent une teinte jaune pâle. Alors aussi l'oppression et la toux, les nausées et les vomissements, la chaleur et l'insomnie s'affaiblissent et disparaissent. Bientôt l'épiderme se détache en très-petites lamelles furfuracées sur les parties où existait la rougeur. Une démangeaison très-vive survient à la peau; le coryza, le larmoiement, la bronchite cessent aussitôt, et tout se termine.

Il faut établir en principe que le développement des éruptions, et de la rougeole en particulier, est toujours en raison inverse des troubles qui ont précédé. Ainsi des prodrômes graves doivent faire présager une éruption incomplète, *et vice versâ.*

On a dit avec beaucoup de raison que, chez certains individus, les suites de la rougeole sont plus à craindre que la rougeole elle-même. En effet, à la suite de cette maladie, surtout chez les individus scrofuleux, se montrent des ophthalmies ou des otites chroniques extrêmement rebelles. Il peut survenir aussi des bronchites simples. Mais d'autres fois ce sont des accidents plus graves qui surviennent; je veux parler de la phthisie. Elle se déclare par une toux qui, peu marquée d'abord et ne donnant presque aucune inquiétude au médecin, persiste plus ou moins longtemps, devient de plus en plus opiniâtre, et révèle alors, mais trop tard, le travail tuberculisateur qui s'est emparé des

poumons. Un dépérissement rapide et progressif succède à la toux, et le malade succombe dans le marasme de la phthisie. Je ne saurais trop vous recommander de vous méfier de cette toux qui marche d'une manière si insidieuse et qui a des suites si graves. Portez toute votre attention sur ce point, car il pourra vous arriver dans votre pratique, qu'ayant eu une très-bonne terminaison dans une rougeole, vous voyiez tous vos efforts et le fruit de vos peines anéantis par une terminaison si fatale.

Les crachats nummulaires qui sont expectorés par les individus affectés de rougeole, sont le produit d'une altération de sécrétion bronchique. On peut évaluer que cette altération a lieu à peu près sur un tiers des malades.

Willan a remarqué que dans les épidémies de rougeole, un certain nombre de malades présentaient une éruption dont les apparences extérieures et la marche étaient les mêmes que celles de la rougeole vulgaire, dont elle différait en ce qu'elle n'était point accompagnée de fièvre, de catarrhe ou d'ophthalmie (*rubeola sine catarrho*). Ce fait a été vérifié plusieurs fois par M. Rayer. Ainsi il a vu plusieurs enfants d'une même famille, habitant le même appartement, couchant souvent dans la même chambre, être atteints d'une rougeole catarrhale fortement dessinée, hors un seul d'entre eux, dont la maladie offrait les symptômes du premier stade de la rougeole et ceux de l'éruption, moins ceux de la bronchite (1).

Les observateurs parlent aussi de rougeoles *noires,* de rougeoles *sans éruption,* de rougeoles *anomales et compliquées*, dont la description nous entraînerait trop loin, et qu'il faut étudier dans les auteurs qui se sont spécialement occupés de ce point de pathologie.

Diagnostic. Vous pourrez présumer l'invasion de la rougeole à l'existence de la fièvre accompagnée de rougeur des yeux, de larmoiement, de coryza humide, d'éternument, de somnolence. Cette présomption deviendra d'autant plus grande, qu'il règnera une épidémie de rougeole, que le malade n'en a point été atteint antérieurement, que sa famille en est affectée, ou qu'il a eu des rapports avec des personnes infectées. Lorsque l'éruption commence, les petites taches rouges par lesquelles elle s'annonce, tant qu'elles sont isolées, peuvent être confondues avec celles de la variole; mais bientôt elles présentent de petit arcs, et ces taches sont toujours bien distinctes des élevures de la variole, qui deviennent plus tard de véritables pustules.

Vous distinguerez la rougeole de la scarlatine en ce que dans cette dernière maladie la rougeur est répandue en nappe égale et continue, et en ce que ses taches sont beaucoup plus larges et ne laissent pas entre elles, comme dans la rougeole, de petits intervalles irréguliers où la peau conserve sa couleur naturelle. Presque toujours dans la rougeole il existe une toux particulière, et une expectoration de crachats particuliers, ce qui n'existe pas dans la scarlatine qui occasionne une vive rougeur de la langue, de la bouche et de la gorge. La desquamation est furfuracée dans la rougeole, elle s'opère en larges lambeaux dans la scarlatine. Enfin vous distinguerez la rougeole de la roséole en ce que la première s'accompagne ordinairement de larmoiement, de toux, etc., ce qui n'arrive pas pour la seconde.

La *terminaison* de la rougeole simple est ordinairement heureuse. Si elle est compliquée, la mort peut arriver pendant la fièvre d'invasion, pendant l'éruption ou après l'éruption.

Le *pronostic* de la rougeole est en général plus grave chez les adultes que chez les enfants.

Traitement. Le traitement de la rougeole simple doit être peu énergique. La diète, le repos, la chaleur modérée et les délayants, tels sont les moyens que le médecin doit se borner à prescrire. Il serait réellement dangereux de faire autre chose, à moins que des symptômes graves ne viennent entraver la marche de la rougeole. Si un organe se prend d'inflammation, il faut la combattre par des émissions sanguines plus ou moins répétées selon le besoin.

Il est des cas de rougeole dans lesquels la réaction fébrile est très-intense; alors l'emploi des émissions, sanguines devient d'une grande urgence sous peine de voir se terminer la maladie d'une manière fâcheuse.

Dans d'autres cas, où l'individu atteint de rougeole est d'une constitution faible, l'éruption se fait mal ou pas du tout. Alors une excitation forte et momentanée peut avoir d'heureux résultats; un vomitif peut être utile. Dans des cas semblables un bain chaud peut avoir une heureuse influence sur l'éruption. Mais ce bain doit être administré avec quelques précautions, ainsi on se contentera de plonger le malade dans l'eau et de l'en retirer rapidement.

Quand l'éruption est terminée il ne faut pas abandonner complétement l'individu à lui-même. Vous vous trouverez bien, dans la plupart des cas, de prescrire l'usage d'un purgatif répété deux ou trois fois.

(1) Tout récemment j'ai donné mes soins à un jeune enfant affecté de rougeole. Sa nourrice a été surprise d'une éruption en tout semblable à celle du nourrisson, sans présenter aucun signe de congestion sur aucune des muqueuses et sans dérangement appréciable de la santé générale. A. L.

IV[e] *Espèce.* LA SCARLATINE.

La scarlatine est un exanthème contagieux, qui, précédé d'un jour ou de deux par la fièvre, s'annonce par de petits points rouges, remplacés par de larges taches irrégulières, d'un rouge écarlate ou d'une teinte framboisée, bientôt confondues et etendues à presque toute la surface du corps, accompagné d'angine, et se terminant par desquamation à la fin du premier septénaire.

Causes. Comme la rougeole, la scarlatine est contagieuse. Quelques observateurs, et Stoll entre autres, disent l'avoir inoculée.

Bien rarement elle atteint deux fois le même individu.

Elle atteint principalement les enfants et les adolescents; elle est rare à l'âge adulte.

Elle affecte plus facilement les femmes que les hommes et tous les individus ne sont pas aptes au même degré à la contracter, comme toutes les conditions ne sont pas également propres à son développement. Ainsi on voit quelques individus s'exposer en vain pendant plusieurs jours à la contagion de cette maladie, en être frappés plus tard, à la suite d'un simple rapport avec des personnes infectées.

La scarlatine règne toujours épidémiquement.

Les épidémies de scarlatine s'observent surtout vers les équinoxes, pendant l'hiver lors des changements atmosphériques, pendant les temps humides, froids et nébuleux, après des pluies abondantes immédiatement suivies d'une grande chaleur.

Au reste, les épidémies de scarlatine ne sont pas toutes semblables à elles-mêmes. Elles sont tantôt bénignes, tantôt malignes et présentant des complications fort variables.

Symptômes. La scarlatine simple présente, comme symptômes précurseurs les plus ordinaires, une faiblesse ou un malaise général, des nausées et des frissons passagers, suivis de chaleur et de soif, quelquefois de douleurs de tête, de nausées, de vomissements, d'épistaxis, d'assoupissement et de quelques autres accidents nerveux. C'est là ce qui constitue la première période, ou d'*incubation.*

Vers le deuxième jour de l'invasion (5[e] ou 6[e] de l'infection), la deuxième période ou l'*éruption*, commence. La face se tuméfie; le visage, le cou et la poitrine se couvrent de petites taches, non proéminentes d'abord d'un rouge peu foncé, puis d'un rouge vif, séparées par des intervalles où la peau conserve sa teinte naturelle. Au bout de vingt-quatre heures tout le corps, les lèvres, la langue, le palais et le pharynx présentent des taches semblables. Le troisième jour la plupart des points de la peau restés intacts ont disparu, et sont remplacés par de larges taches pointillées, irrégulières et dentelées vers leurs bords; l'éruption devient générale sur les joues et les membres, autour des doigts, et prend la couleur *écarlate* qui la caractérise. En même temps les mains, la poitrine et les membres présentent ordinairement quelques élevures papuleuses.

La peau est brûlante, prurigineuse, tendue, sèche, sensible au toucher et présente en quelques points, et en particulier à la partie externe et postérieure des bras et des cuisses, des rugosités et des élevures (*chair de poule*). Les pieds et les mains présentent une rougeur intense et sont enflés, roides et douloureux. Le tronc est parsemé de larges taches rouges, comme pointillées vers leurs bords et très-diverses dans leur forme et dans leurs contours. La couleur écarlate de l'éruption est plus forte et plus persistante aux aines, aux fesses et aux plis des articulations que sur les autres régions du corps. La rougeur est toujours plus vive le soir et pendant la nuit que le matin. C'est surtout le troisième et le quatrième jour qu'elle est à son summum d'intensité. Alors, selon l'expression d'Huxham, il semble que le corps ait été barbouillé avec le suc de framboise ou peint en rouge.

Le mouvement fébrile diminue ordinairement après l'éruption.

Le cinquième ou le sixième jour commence la troisième période. L'éruption pâlit, la rougeur cesse sur les parties dans l'ordre où elle était apparue; le visage se dégonfle, et vers le septième jour les caractères de l'exanthème ne sont déjà plus distincts. La démangeaison survient et la desquamation commence. Celle-ci s'opère par de larges lamelles épidermiques qui se détachent de la surface de la peau des mains, des doigts, des pieds et d'autres régions du corps.

Le pouls est ordinairement plein et fréquent avant l'éruption et à son début : un enduit blanchâtre couvre la surface supérieure de la langue; ses bords sont rouges; le pharynx présente une teinte rouge pointillée; les amygdales sont légèrement tuméfiées; dans certains cas les yeux sont rouges, brillants et humides; il y a insomnie ou sommeil troublé par des rêves. Quelquefois la langue se dépouille de son épithélium, et sa surface est alors d'un rouge très-vif.

Tels sont les symptômes de la scarlatine *bénigne* ou à son état de simplicité. Mais souvent les choses ne se passent pas ainsi, et la maladie prend un caractère plus grave. Ainsi dans la *scarlatine angineuse* les symptômes précurseurs sont plus violents; souvent alors au début les muscles du cou et de la mâchoire inférieure sont frappés brusquement d'une sorte de roideur. Dès le second jour le pharynx est enflammé, la voix rauque, la déglutition difficile et douloureuse les amygdales sont tuméfiées et la membrane muqueuse du pharynx

présente une rougeur très-vive. Un peu plus tard toute la gorge se couvre d'un liquide visqueux, épais, ou de flocons d'une *matière pultacée,* grise ou jaunâtre, blanche ou caséeuse, analogue à celle que l'on observe dans certaines amygdalites. Selon M. Rayer, ces exsudations, de couleur et de consistance différentes, se prennent souvent en masse, et forment des espèces de croûtes, distinctes des plaques couenneuses, en ce qu'elles sont molles, et qu'on peut les sillonner avec un corps dur ou les enlever avec le bout du doigt, sans qu'il en résulte de douleur. Ces plaques pultacées et caséeuses se renouvellent du jour au lendemain ; elles se propagent souvent sur les parties latérales du pharynx et même jusqu'à l'œsophage. Je ne sache pas qu'on en ait jamais observé, après la mort, dans le larynx ou la trachée-artère. Planchon leur donne le nom de *croûte* ou de *crasse aphtheuse*. Fothergill et Huxham les considéraient à tort comme des escarres et des ulcères. Lorsque les tonsilles sont inégalement boursouflées et saignantes, ces *exsudations pultacées* sont quelquefois colorées en brun ou en noir, et simulent d'autant mieux l'aspect de certains ulcères, que l'haleine contracte souvent alors une odeur fétide. En examinant avec plus d'attention, on voit que cette matière pultacée, blanche, grise ou noire, se détache très-facilement de la membrane muqueuse du pharynx, et jamais par lambeaux comme dans l'angine couenneuse. Les points enflammés détergés par l'effet des boissons et des gargarismes, n'offrent aucune perte de substance, ni aucune ulcération, double circonstance qui a lieu dans l'angine gangréneuse.

Les deuxième, troisième et quatrième jours, la température du corps s'élève quelquefois à 41° et même 42° centrigrade ; en outre, le pouls est fréquent et peu développé ; altération de la bouche, langue d'un rouge animé, papilles très-prononcées, nausées, vomissements, diarrhée ou constipation, toux sans expectoration ; éternuments, coryza, voix gutturale, souvent hémorragie nasale, gêne de la respiration.

L'exanthème n'apparaît pas ordinairement d'aussi bonne heure que dans la scarlatine simple ; souvent il ne se déclare que le troisième jour, et ne s'étend pas aussi constamment sur toute la surface du corps. Il se compose de taches isolées d'une teinte écarlate ou framboisée, éparses sur le dos, les flancs, le col, la poitrine et les membres, et à peu près constantes sur les poignets. L'exanthème s'efface quelquefois en entier le jour même de son apparition, et se développe de nouveau à une époque plus ou moins rapprochée. Le plus ordinairement, dans cette variété, l'inflammation de la peau est accompagnée d'une tuméfaction très-prononcée du tissu cellulaire sous cutané, surtout à la face et aux doigts dont la flexion et l'extension se trouvent gênées. Enfin, la durée entière de l'exanthème est plus longue que dans la scarlatine simple, et son mode de desquamation est moins régulier. Celle-ci est à peu près nulle, lorsque l'éruption a rapidement disparu ; elle se prolonge, au contraire, au delà du troisième septénaire, lorsque l'exanthème a été très-intense.

La scarlatine angineuse peut être compliquée de laryngite, de pneumonie ou d'accidents cérébraux, et elle est quelquefois rapidement mortelle. Les maladies secondaires sont aussi plus fréquentes, dans cette variété, qu'après la scarlatine simple (Rayer, *Dictionn. en* 15 *vol.*, tome XIV).

Quelquefois la scarlatine se présente avec des symptômes plus graves encore et constitue alors ce que les auteurs ont appelé *scarlatine maligne.* Tantôt elle s'annonce par une douleur fixe dans quelque partie du corps; tantôt c'est par un frisson profond auquel succèdent une fièvre ardente une soif inextinguible, de la céphalalgie, un pouls fréquent et véhément, de l'ardeur à la gorge, des vomissements et de la diarrhée, du coma ou du délire, et, trois ou quatre jours après, une éruption de taches quelquefois plus élevées que dans la scarlatine bénigne. La couleur de l'éruption est faible et livide et parfois parsemée de pétéchies ; sa durée est variable, elle peut paraître et disparaître à plusieurs reprises. Pendant l'éruption le pouls est petit et irrégulier ; quelquefois les dents et la langue sont couvertes de croûtes noires ou brunes, les yeux sont mouillés et fortement injectés, un écoulement fétide a quelquefois lieu par les fosses nasales, les joues sont d'un rouge foncé ; il y a en même temps surdité, délire chez les adultes ; coma, agitation chez les enfants, haleine fétide, respiration bruyante et laborieuse, occasionnée par des mucosités épaisses et visqueuses déposées dans le pharynx ; déglutition difficile ou impossible, constriction des mâchoires, exsudation noirâtre à la surface des amygdales et des parties voisines. Un coma continuel, la difficulté extrême de la respiration, une diarrhée abondante, la formation de nombreuses pétéchies, annoncent une mort prochaine (Rayer, *ibidem*).

Les observateurs ont parlé aussi de *scarlatines sans exanthème,* qui sont caractérisées par un mal de gorge scarlatineux des plus violents, par une démangeaison vive à la peau, et quoiqu'elle ne soit le siége d'aucune éruption, on y observe plus tard une desquamation plus ou moins considérable.

La scarlatine peut être compliquée avec d'autres maladies de la peau.

Après que la scarlatine a parcouru régulièrement toutes ses périodes, on observe souvent, vers le quatorzième ou le quinzième

jour de la maladie, et quelquefois plus tard, un accident particulier; c'est l'anasarque. Ce phénomène morbide se montre surtout en hiver, chez les enfants, à la suite de l'impression du froid. L'anasarque peut être prévue lorsque surviennent de la lassitude, de la langueur, de la tristesse ou du dégoût, de l'insomnie, et surtout quand les urines éprouvent une modification profonde et qu'elles deviennent rares, épaisses, brunes, noirâtres, et quelquefois assez semblables à de la lavure de chair. L'anasarque commence par la tuméfaction de la face et des paupières, puis gagnant les extrémités inférieures, elle ne tarde pas à devenir générale.

Cet accident est très-grave, et, d'après plusieurs auteurs, il serait plus meurtrier que la maladie primitive. Nous reproduisons ici les réflexions suivantes de M. Rayer : « Blanckall et plus récemment M. Peschier ont constaté que dans cette espèce d'anasarque l'urine était souvent albumineuse. G. Uberlacher en attribue la cause à une affection des reins. Il y a, dans ces remarques, bien des motifs pour rechercher si cette espèce d'anasarque n'est pas une variété de l'hydropisie que M. Bright a fait connaître, que MM. Grégory et Christison ont éclairée par de nouveaux faits, et sur laquelle j'ai fait moi-même un assez grand nombre de recherches. En effet, comme la maladie de Bright, l'anasarque, consécutive à la scarlatine, est presque toujours produite par l'impression du froid et de l'humidité. Au début de ces deux maladies, on observe souvent une altération particulière des urines, qui sont brunes, albumineuses et chargées de cruor. Toutes deux sont très-graves et se terminent quelquefois par des hydrothorax et des hydrocéphales, et sont bien distinctes des hydropisies passives qui dépendent d'un obstacle au cours du sang, et dont M. Bouillaud a si bien fait connaître le mécanisme. Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner, après la mort, les organes, et les reins en particulier, d'individus morts d'anasarque, suite de la scarlatine, quoique j'aie été assez souvent dans le cas de faire de semblables recherches sur des individus qui avaient succombé à la maladie de Bright. Je n'en ai pas trouvé d'exemples parmi les nombreuses observations publiées par M. Grégory. Mais pendant la vie, il y a une identité si parfaite dans l'expression des phénomènes de ces deux maladies, que l'autopsie des cadavres démontrera très-probablement qu'elles sont de même nature » (*Dictionnaire en* 15 *vol.*, tome XIV).

D'autres accidents peuvent encore s'observer à la suite de la scarlatine; ce sont des ophthalmies, des otites, des laryngites, des bronchites, des entérites, des amauroses des parotides et des inflammations du testicule chez les adultes, des engorgements des glandes sous-maxillaires et inguinales chez les enfants.

Diagnostic. (Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici l'excellent article suivant de M. Rayer :

La scarlatine diffère de la *rougeole* par ses symptômes précurseurs, par la teinte écarlate de son exanthème, dont les taches beaucoup plus larges, sans forme déterminée, ne présentent pas, comme celles de la rougeole, de petites élevures disposées en arcs et sensibles au toucher, et par l'inflammation du pharynx qui l'accompagne presque constamment. Dans la rougeole, le malade éprouve, trois ou quatre jours avant l'éruption, de l'enchifrènement et de l'éternument, une toux sèche et rauque ; les yeux deviennent humides et larmoyants. Dans la scarlatine, les yeux sont ardents, enflammés ; les malades se plaignent d'une douleur à la gorge. La rougeole se montre le quatrième jour de l'invasion, d'abord sur les parties supérieures du tronc, et s'étend peu à peu sur les autres; l'exanthème de la scarlatine paraît dès le second jour sur tout le corps. La rougeole laisse le plus souvent à sa suite des bronchites, des opththalmies et des entérites; l'anasarque succède plus ordinairement à la scarlatine. Suivant M. Heim, la scarlatine a une odeur caractéristique, qu'il compare à celle que l'on sent dans les magasins où l'on conserve de vieux fromages, de vieux harengs; ou bien à celle qu'exhale, à quelque distance, la loge où l'on retient les lions et les autres animaux de proie. Cette odeur se manifeste dès le début de la maladie et avant même l'apparition de l'exanthème. La rougeole a aussi son odeur particulière. Cette odeur, depuis le début de la maladie jusqu'au septième jour, est douceâtre ; plus tard elle devient aigrelette, et tout à fait semblable à celle qu'exhalent les plumes fraîchement arrachées sur une oie vivante, ou qui vient d'être tuée. La scarlatine diffère également par plusieurs caractères, de la roséole, de l'érésipèle et de l'érythème. Le développement accidentel de sudamina ou de vésicules miliaires dans la scarlatine, ne peut rendre incertain la diagnostic avec la suette miliaire. Dans la scarlatine elles sont peu nombreuses et n'occupent que certaines régions, le col et les aisselles le plus ordinairement; elles sont éparses sur la surface du corps dans la suette. Enfin l'existence d'un exanthème écarlate à la peau suffit pour établir une distinction entre la scarlatine complète et les angines crèmeuses, pultacées ou gangréneuses du pharynx, observées dans quelques épidémies de scarlatine, et désignées par Johnston, Withering, Stoll, etc., sous le nom de scarlatine *sans éruption*. M. Bretonneau a très-bien décrit les caractères qui distinguent la scarlatine maligne angineuse de la diphthérite. Un trouble extrême de la circulation

comparable à celui qui résulte de la morsure d'une vipère, peut être observé dès le début de la scarlatine maligne; le système de la respiration n'est pas moins altéré; fréquemment les fonctions du canal digestif sont perverties, et d'énormes vomissements accompagnent une diarrhée continuelle, en même temps que les désordres de l'innervation, qui se prononcent de plus en plus, présagent une terminaison funeste. Le début de la diphthérite est à peine marqué par un mouvement fébrile, ou du moins après un accès de fièvre éphémère, le pouls ne tarde pas à perdre de sa fréquence. Les fonctions organiques et celles qui appartiennent à la vie de relation sont si peu troublées, que le plus souvent les enfants qui sont déjà dangereusement atteints de l'angine maligne, conservent leur appétit habituel et continuent leurs jeux. Chacune des phases de la scarlatine s'accomplit dans les termes d'une durée limitée; aucun terme ne peut être mis aux progrès successifs de la diphthérite. La marche de la scarlatine est très-aiguë; elle peut se terminer par la mort, depuis le premier jusqu'au dernier jour de l'unique septénaire qui constitue son état. L'inflammation diphthéritique tend à la chronicité, si l'occlusion des voies aériennes n'apporte pas un terme à sa durée. L'inflammation scarlatineuse s'étend presque simultanément à tous les points des surfaces muqueuses qu'elle doit occuper. Éminemment locale, c'est d'un seul point que l'inflammation diphthéritique se propage avec plus ou moins de rapidité aux surfaces qu'elle envahit graduellement. Ainsi, tandis que d'épaisses concrétions altérées dans leur couleur recouvrent depuis plusieurs jours les tonsilles et les parois du pharynx, on trouve, si le sujet succombe à l'occlusion des voies aériennes, la membrane muqueuse de la trachée, des bronches et des fosses nasales, tapissées de concrétions qui offrent les caractères d'une exsudation plus récente. L'inflammation scarlatineuse a peu de tendance à se porter dans les canaux aérifères, tandis que l'inflammation diphthéritique a une extrême tendance à s'y propager. Dans la scarlatine, si le malade succombe dans le cours du premier septénaire, aucune lésion anatomique importante ne montre ordinairement la cause manifeste de la mort. La diphthérite ne devient mortelle qu'au moment où les couches membraniformes qui tapissent l'intérieur des canaux aérifères apportent par leur accumulation ou leur décollement un obstacle mécanique à la respiration; quelquefois même l'asphyxie ne survient pas avant que plusieurs divisions des bronches ne soient enduites d'une exsudation concrète. Le traitement topique, en modifiant de la manière la plus satisfaisante l'inflammation couenneuse des tonsilles, n'abrége pas la scarlatine et n'en diminue pas le danger. Les premiers jours du second septénaire amènent la desquamation de la peau et une convalescence plus ou moins pénible. Les malades qui sont parvenus à une époque avancée de leur convalescence ne sont pas encore à l'abri des conséquences fâcheuses de cette fièvre exanthématique; ils restent exposés aux ulcérations gangréneuse de la peau, aux convulsions, à l'anasarque, à l'œdème des poumons, affections chroniques, presque toujours accompagnées d'un changement remarquable dans les urines, qui contractent une couleur fauve très-foncée, due à un mélange de cruor altéré dans sa couleur. Au contraire, si le traitement topique modifie l'inflammation diphthéritique, le retour à la santé est obtenu aussitôt que la maladie locale est terminée. Les épidémies les plus meurtrières de scarlatine moissonnent à peine un tiers ou un cinquième de ceux qui en sont atteints, quelle que soit la médication employée, et le plus souvent la mortalité est beaucoup moindre. Il est à peu près prouvé que tous ceux qui sont affectés d'angine maligne, périssent si la maladie est abandonnée à elle-même.

Ajoutons que dans la scarlatine comme dans la rougeole, ce qu'il importe le plus, sous le rapport du diagnostic, c'est de déterminer l'étendue et l'intensité des désordres qui accompagnent cet exanthème, et le caractère de bénignité ou de malignité de l'épidémie régnante. Il faut surtout apporter la plus grande attention dans l'examen des cas de scarlatine maligne; le délire et d'autres symptômes graves sont quelquefois le résultat de la violence de l'inflammation de la peau, du pharynx ou de quelques autres organes. Dans d'autres circonstances ils semblent dépendre d'une congestion dans les veines méningiennes. Enfin il est des cas où ces phénomènes, indépendants de toute espèce de congestion cérébrale, sont encore plus graves et plus inexplicables.

Pronostic. La scarlatine simple, chez un sujet bien constitué, qui n'a pas récemment éprouvé de maladies aiguës ou chroniques, est sans danger. La scarlatine bénigne pourrait cependant devenir dangereuse par la rétrocession de l'exanthème provoquée par un traitement incendiaire ou par l'impression du froid. Une hémorragie nasale, au moment de l'éruption, est salutaire.

Le degré d'étendue de la phlegmasie pharyngienne et gastro-intestinale, qui précède et accompagne quelquefois l'exanthème, le caractère de l'épidémie régnante, les affections pulmonaires ou cérébrales qui peuvent survenir à diverses époques de son développement, rendent le pronostic plus ou moins grave, suivant qu'elles sont elles-mêmes plus ou moins rebelles.

Chez les femmes récemment *accouchées*, la scarlatine est ordinairement grave. A la Maternité, M. Senn a observé qu'elle n'attaquait presque jamais les femmes grosses admises à l'hôpital, mais qu'elles la contractaient facilement après l'accouchement.

La scarlatine *hémorragique* et la scarlatine *nerveuse* sont presque toujours mortelles.

Traitement. La scarlatine simple ne réclame que l'action d'une température douce et uniforme, la diète, des pédiluves, des boissons délayantes et fraîches. Si la chaleur de la peau est très-considérable, et qu'on ait affaire à un individu fort et pléthorique, on pratiquera une saignée du bras. Il faut recommander aux malades de ne quitter la chambre que quelques jours après la cessation de tous les symptômes.

Dans les scarlatines compliquées, on combattra les symptômes qui se présenteront. Ainsi à l'angine on opposera les gargarismes adoucissants, avec le lait coupé ou de la décoction de guimauve miellée, les évacuations sanguines, soit générales, soit locales, par l'application des sangsues autour du cou et à l'épigastre, les sinapismes aux pieds, les cataplasmes émollients autour du cou.

Le docteur Hahnemann a avancé que la belladone jouissait de la propriété de préserver de la scarlatine. Plusieurs médecins allemands partagent cette opinion qui compte aussi des partisans en France et en Angleterre. On a fait un certain nombre d'expériences, et ici, comme dans toutes les questions thérapeutiques, on est arrivé à des résultats contradictoires. Je crois qu'il faut un grand nombre de faits et surtout de faits bien observés, pour arrêter positivement son opinion à cet égard.

Je termine ce que j'ai à dire sur la scarlatine en vous prévenant qu'elle peut revêtir la forme des fièvres typhoïdes, et qu'il faut alors, par conséquent, employer un traitement conforme à cette manière d'être de la maladie.

Ve *Espèce.* L'URTICAIRE.

Cet exanthème est caractérisé par des élevures semblables à celles que détermine la piqûre des orties. Ce sont des taches proéminentes plus pâles ou plus rouges que la peau qui les entoure.

Cette affection est plus commune chez les femmes et chez les enfans que chez les adultes. Elle se montre le plus souvent au printemps.

L'apparition de l'urticaire reconnaît pour cause la piqûre de certains insectes sur la peau, l'ingestion de certains aliments, tels que les écrevisses, les œufs de barbeau, les moules, l'usage de viandes salées ou fumées, certains fruits. Ainsi il est des individus qui ne peuvent pas manger des fraises sans être pris d'urticaire. C'est probablement sous l'influence de la mauvaise digestion occasionnée par ces aliments que se produit l'urticaire. Elle survient souvent après une forte émotion morale. J'ai vu des cas de ce genre.

Il faut distinguer deux variétés dans l'urticaire, l'une qui s'accompagne de fièvre, et l'autre pas.

1re *Variété : Urticaire avec fièvre.* Elle a reçu le nom de *fièvre ortiée.* A cette fièvre d'invasion succèdent des plaques élevées, d'un rouge assez prononcé, saillantes et de forme variable. Plusieurs de ces plaques sont arrondies, d'autres sont de forme ovalaire. Les unes occupent un espace considérable, les autres sont de la largeur d'un centime. Il y en a qui occupent tout l'avant-bras. Cette éruption est mobile et dure un temps plus ou moins variable.

L'éruption est précédée par une démangeaison fort vive qui disparaît aussitôt que celle-ci s'est montrée. Dès que l'éruption apparaît, la fièvre peut cesser, mais aussi elle peut persister.

Cette maladie peut être simple ou se compliquer de désordres plus ou moins graves du côté du cerveau, de l'estomac ou de la poitrine.

La fièvre ortiée dure de sept à onze jours.

2e *Variété : Urticaire sans fièvre.* Cette variété peut se présenter sous la forme aiguë ou chronique.

La forme chronique ne diffère de l'aiguë que par sa durée, qui peut être de plusieurs mois ou de plusieurs années. Elle peut coïncider avec une gastrite chronique, comme aussi elle peut coïncider avec un état de santé parfaite. Dans cette forme chronique, quelquefois les plaques se transforment en tubercules, qui donnent lieu à un suintement plus ou moins abondant. Quelquefois la face et le cou se tuméfient au point de déterminer la suffocation, qui peut durer une heure ou deux. Il la faut combattre sur-le-champ par de larges saignées et par des sinapismes.

Quelquefois l'urticaire revêt la forme intermittente.

Sauf quelques cas, le traitement de l'urticaire est simple. Sous forme aiguë, il faut se contenter de prescrire le repos, la diète, les délayants. Sous forme chronique, on se trouvera bien des bains alcalins, des bains et des douches de vapeur. Dans les cas où l'urticaire se lierait à un état de plénitude de l'estomac, il ne faudrait pas hésiter à prescrire un vomitif. L'éther sulfurique et la limonade minérale sont aussi très-utiles.

IIe *Genre.* VÉSICULEUSES.

Ce genre se compose des espèces suivantes : la miliaire, la varicelle, les sudamina, l'eczéma, l'herpès, la gale.

1re *Espèce.* LA MILIAIRE.

Phlegmasie de la peau essentiellement vésiculeuse. Elle naît souvent sous l'influence d'une phlegmasie interne, soit au début, soit au milieu, soit à la fin de cette phlegmasie. La miliaire peut être toute locale ; ainsi, par exemple, elle peut survenir à la suite de l'application d'un cataplasme fait avec de la farine de lin un peu rance.

Elle peut aussi constituer à elle seule toute la maladie, et elle porte alors le nom de *fièvre miliaire*, de *suette miliaire*.

Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'éruption miliaire se montre toujours sous la même forme ; cette forme est caractérisée par de petites vésicules dont chacune repose sur une élevure rouge.

La miliaire peut être générale ou partielle.

Elle est à peine connue dans certains pays, comme Paris, par exemple, tandis qu'il en est d'autres où elle règne épidémiquement.

La fièvre miliaire a une période d'invasion pendant laquelle peut exister un mouvement fébrile, avant que rien n'apparaisse vers la peau. L'éruption peut aussi être précédée de divers symptômes vers plusieurs organes. Tous ces phénomènes locaux ou généraux durent de deux à quatre jours. Alors apparaît vers la peau une éruption de petites vésicules ordinairement précédée et accompagnée d'une sueur extrêmement abondante.

Cette maladie a régné épidémiquement à plusieurs époques dans quelques contrées de l'Europe où elle a exercé de grands ravages. Il y a quelques années elle apparut dans quelques départements de la France où le docteur Rayer fut envoyé pour l'observer et la combattre. Il a publié un ouvrage spécial sur ce sujet à la lecture duquel je vous renvoie.

(Le lecteur nous saura peut-être gré de lui présenter une analyse rapide des opinions de M. Rayer sur la suette miliaire.)

D'après cet observateur elle peut revêtir deux formes principales : la forme *bénigne* et la forme *maligne*.

Dans la suette miliaire *bénigne*, l'invasion est quelquefois annoncée par un sentiment de lassitude, par une douleur au-dessus des yeux, par la perte de l'appétit ; souvent aussi l'invasion se fait sans signes précurseurs. Quelquefois un mouvement fébrile à peine sensible, une chaleur brûlante ou le sentiment d'une vapeur parcourant tous les membres, et presque toujours celui d'un resserrement à l'épigastre, précède de plusieurs heures ou de quelques instants l'apparition de la sueur, ou plutôt celle d'une vapeur chaude, qui, d'abord bornée à quelques parties du corps, se répand ensuite sur toute sa surface. La bouche est pâteuse et recouverte d'un enduit blanc sale, rarement jaunâtre; le désir des aliments est nul ou peu prononcé ; les urines ont souvent leur couleur naturelle. Les malades sont ordinairement constipés pendant toute la durée de la suette miliaire. Le pouls est naturel dans bien des cas ; il acquiert de la fréquence lors de l'éruption. La respiration offre cette espèce de gêne ou d'embarras qu'on éprouve dans un lieu où la température de l'air est trop élevée. L'encéphale et ses dépendances, les organes des sens et ceux de la génération ne paraissent point affectés.

Cet état persiste avec de légères variations, les deuxième, troisième et quatrième jours de la maladie. C'est dans l'un de ces jours, et ordinairement le troisième que se fait souvent sur la peau, après de légers picotements, une éruption *miliaire* qui paraît d'abord sur les côtés du col, à la nuque, vers les oreilles, sous les mamelles chez les femmes, ensuite au dos, à la face interne des bras, au bas-ventre, à la face interne des jambes et des cuisses. Elle peut être générale et rapide, partielle et lente, circonscrite ou ambulante, subite ou successive, discrète ou confluente. Les vésicules qui la caractérisent sont du volume d'un grain de millet, perlées et diaphanes, plus distinctes lorsqu'on tend la peau et qu'on les regarde obliquement, et sensibles au toucher. Ces vésicules sont souvent entremêlées de papules rouges et enflammées, qui rendent la peau chagrinée : enfin, des véritables bulles peuvent accidentellement se montrer sur diverses régions du corps.

La durée individuelle des vésicules est de deux à trois jours. Elles se dessèchent et sont suivies d'une desquammation plus ou moins considérable. Plus constantes que l'éruption, les sueurs toujours abondantes sont d'une odeur fétide particulière, analogue à celle qui se dégage de la paille pourrie. Les sueurs apparaissent dès le début de la maladie, et continuent sans interruption à s'exhaler sous la forme d'une vapeur épaisse pendant toute sa durée. Elles ne sont pas accompagnées d'une grande chaleur à la peau. Tous les accidents diminuent progressivement et disparaissent complétement le huitième, le neuvième ou le dixième jour.

Dans la forme *maligne*, c'est tantôt l'inflammation de l'estomac et de l'intestin qui acquiert beaucoup d'intensité, tantôt des poumons ou de la vessie, ou bien encore et plus souvent un état *nerveux* promptement mortel et principalement caractérisé par du délire, du coma ou des convulsions, etc. Alors un resserrement violent se fait sentir à l'épigastre ; ce spasme s'étend aux organes de la respiration, et donne lieu aux plus pénibles anxiétés ; les malades poussent fréquemment de profonds soupirs, ils se plaignent d'un sentiment de pesanteur sur la poitrine, ils éprouvent, outre de la constriction à l'épigastre,

de nouvelles anxiétés, de l'étouffement, des battements dans la région de l'estomac, insolites et isochrônes à ceux du pouls, et un malaise qui leur suggère les plus sinistres pressentiments. Ces phénomènes apparaissent quelquefois dès le début de la maladie, se renouvellent plusieurs fois dans son cours, et se reproduisent, avec violence, au moment qui précède l'éruption générale ou partielle, c'est-à-dire, du troisième au quatrième jour, à dater de l'invasion. Parfois, dès le début, les malades tourmentés de vertiges, en proie à une violente céphalalgie, éprouvent des nausées, font des efforts violents pour vomir, etc., ou bien la face est vultueuse ou colorée, les yeux sont saillants et rouges, les artères temporales battent avec force, la pupille est contractée et immobile, et les malades succombent en peu d'heures; dans d'autres circonstances, une douleur profonde dans la poitrine, une moindre sonoréité, du râle crépitant ou du souffle dans un ou plusieurs lobes des poumons, la difficulté de la respiration, qui est courte et accélérée; la fréquence et la plénitude du pouls, les crachats sanguinolents, indiquent une inflammation concomitante des poumons. Enfin quelques malades se plaignent de dysurie et de douleur profonde à l'hypogastre. La coloration rouge, la rareté et l'excrétion douloureuse des urines accompagnent ordinairement ces derniers accidents.

La suette miliaire *maligne* est quelquefois mortelle dans vingt-quatre heures ou quarante-huit heures; cette maladie se termine souvent à la fin du premier septénaire, plus souvent à la fin du second, et peut se prolonger au-delà du troisième.

L'absence de l'éruption est bien plus fréquente dans les épidémies de miliaire que dans les autres épidémies éruptives.

Cette maladie est aussi plus rarement que les autres suivie d'accidents secondaires.

Les recherches anatomiques n'ont rien indiqué comme caractère de cette maladie.

Quant aux causes, la suette miliaire règne ordinairement épidémiquement, et a été surtout observée en France et en Angleterre.

L'élévation de la température, une surcharge électrique de l'atmosphère ont quelquefois précédé l'apparition de la maladie dans une ou plusieurs communes. Les localités humides et ombragées favorisent son développement; mais elle est contagieuse, et se propage à la manière de la rougeole et de la scarlatine. Il n'en résulte pas qu'elle puisse se communiquer par un autre mode de contagion. Plusieurs médecins se sont inoculés impunément l'humeur des vésicules.

Aucun âge n'en est exempt, mais elle attaque spécialement les adultes, et de préférence les individus du sexe féminin. Dans l'épidémie de 1821, le nombre des malades fut d'autant plus considérable dans chaque commune, que cette localité était plus près de celle où la suette miliaire s'était déclarée, qu'elle était plus malsaine, et contenait un plus grand nombre d'indigents. On a constaté qu'une première attaque ne garantissait pas d'une seconde.

Le traitement préservatif de la suette miliaire serait l'isolement.

Les boissons délayantes, et l'application de quelques sangsues à l'épigastre ou aux pieds, s'il y a douleur épigastrique ou céphalique, conviennent dans les individualités bénignes de la maladie auxquelles la méthode purement expectante peut quelquefois être appliquée.

La saignée générale, seule ou aidée de puissants dérivatifs, tels que l'urtication, les sinapismes et les vésicatoires, a été quelquefois employée avec succès dans les raptus vers le cerveau; la saignée du pied a été aussi indiquée. Souvent aussi ces cas ont été rapidement mortels, et cette funeste terminaison n'a pu être prévenue par une ou plusieurs saignées pratiquées dès l'imminence des symptômes cérébraux, qui, comme dans toutes les fièvres éruptives sont quelquefois indépendants d'une véritable inflammation.

Lorsque l'éruption est terminée la saignée est toujours nuisible.

Lorsque l'éruption miliaire disparaît d'une manière subite, il faut en provoquer le retour par des frictions sèches, par l'urtication ou des cataplasmes sinapisés.

Les boissons sudorifiques peuvent être conseillées dans quelques cas particuliers, pour augmenter la fluxion vers la peau, ou bien pour rappeler l'éruption, lorsqu'elle a disparu; mais, en général, il ne faut pas chercher à augmenter les sueurs.

Quelques observateurs se sont bien trouvés non seulement de recouvrir légèrement les malades, mais encore de les faire lever et de les exposer à l'air libre. Quelques autres recommandent les lotions et les aspersions d'eau froide dont ils disent avoir retiré de bons effets. M. Rayer n'a pas essayé cette méthode, mais il a vu les spasmes et les douleurs épigastriques qui précèdent l'éruption cesser après l'application sur l'épigastre de linges imbibés d'eau froide.

Les douleurs abdominales et les dysuries se calment par des cataplasmes et des lavements émollients.

Les malades doivent être privés de toute nourriture pendant les quatre ou cinq premiers jours et réduits aux boissons délayantes.

Il est presque inutile d'ajouter que la propreté, le renouvellement et la purification de l'air, une diète appropriée aux maladies aiguës, et un emploi judicieux des moyens mo-

raux, doivent concourir au succès du traitement.

IIe *Espèce.* SUDAMINA.

Les sudamina sont de petites vésicules proéminentes, du volume d'un grain de millet, arrondies, transparentes, formées par une humeur aqueuse, ténue, non visqueuse.

Les sudamina se développent dans le cours de plusieurs maladies aiguës, ou chroniques, plus ou moins graves. Cette éruption est surtout fréquente dans la dothiénenterie, dans la scarlatine et la rougeole, quelquefois elle apparaît dans le cours de la pneumonie et de la péritonite puerpérale. On l'a aussi observée dans des fièvres intermittentes et des entérites légères.

Presque toujours cette éruption paraît en même temps que des sueurs abondantes. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, chez les jeunes gens que chez les vieillards, en été qu'en hiver.

Les sudamina apparaissent ordinairement sur les parties où l'épiderme est le plus fin et le plus délicat, sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, sur le col, les aines, les aisselles et l'ombilic; quelquefois cette éruption est presque générale. Le volume des vésicules est variable; les unes sont à peine perceptibles à l'œil nu, tandis que les autres égalent en grosseur un grain de millet. Elles sont arrondies, globuleuses et proéminentes, d'un brillant très-vif et d'une telle transparence que le liquide qui les remplit semble déposé à la surface de la peau. Elles sont ordinairement discrètes, mais quelquefois elles sont confluentes.

Leur durée ne dépasse pas quelquefois quelque heures, elles se terminent, deviennent laiteuses et ridées et disparaissent promptement. Dans d'autres circonstances elles durent plusieurs jours. Elles ne s'ouvrent presque jamais spontanément, le liquide qu'elles contiennent est résorbé, l'épiderme se détache et tombe sans laisser de trace.

On les distingue des gouttelettes de la sueur en passant le doigt légèrement sur les régions qu'elles occupent, ou en les regardant obliquement.

IIIe *Espèce.* LA VARICELLE.

C'est à tort que l'on nomme ainsi cette éruption, car il semblerait qu'elle est un diminutif de la variole, tandis que c'est la varioloïde qui est ce diminutif.

La varicelle est caractérisée par des vésicules de grandeur variable, et en raison de cette différence de grandeur, on en distingue deux espèces, l'une à grandes vésicules, l'autre à petites vésicules.

1o *Varicelle à petites vésicules.* Dans celle-ci il y a soulèvement de l'épiderme par des vésicules transparentes, aplaties. Au bout de trois ou quatre jours le liquide contenu dans ces vésicules se trouble, devient légèrement lactescent, la vésicule s'affaisse et la desquammation commence.

Cette éruption est précédée d'une fièvre d'invasion qui dure ordinairement quatre jours au bout desquels elle diminue ou cesse, et alors apparaissent des auréoles rouges, qui bientôt se forment en vésicules. Au sixième jour on trouve des écailles brunâtres, qui tombent du septième au dixième jour, et tout est terminé.

2o Dans la *varicelle à grandes vésicules ou globuleuses* on peut croire avoir affaire à la variole. Elle peut donner lieu à des symptômes graves. Mais lorsqu'elle n'est pas compliquée, le traitement est simple. Dans le cas contraire il faut avoir recours au traitement dont je vous ai parlé en traitant de la rougeole.

IVe *Espèce.* L'ECZÉMA.

L'eczéma est une inflammation de la peau, caractérisée, à son début, pour des vésicules légères répandues sur des surfaces plus ou moins étendues, tantôt rapprochées, confluentes, tantôt isolées et rassemblées par groupes nombreux, se terminant par la résorption du fluide, ou par l'ouverture de la vésicule ou la desquammation épidermique consécutive.

L'eczéma peut se montrer sous la forme aiguë ou sous la forme chronique: celle-ci est beaucoup plus fréquente que la première.

1o *Eczéma aigu.* C'est celui dont le développement est prompt, qui marche rapidement, qui se termine en huit à dix jours.

L'éruption est précédée d'un sentiment de chaleur et de fourmillement sur les points qui seront atteints. La peau prend une teinte rosée, et bientôt apparaissent une foule de petites vésicules légères, distinctes, dont la transparence ne peut être bien constatée qu'à la loupe.

Cette éruption se montre quelquefois épidémiquement et frappe un grand nombre de personnes. C'est à cette affection que se rapportent les gales épidémiques dont parle Fr. Hoffmann.

On peut distinguer trois variétés dans l'eczéma aigu :

1o *Eczéma simplex.* Quand il est borné à une petite surface, il donne rarement lieu à des symptômes généraux. Mais s'il occupe une grande surface, il est précédé de malaise, de chaleur, d'agitation générale et d'un état fébrile plus ou moins prononcé, qui s'affaiblit et s'éteint, dans la plupart des cas, lorsque l'inflammation commence à décroître.

2o *Eczéma rubrum.* Celui-ci donne lieu à des symptômes généraux très-intenses. Les parties qui seront le siége de l'éruption éprouvent une chaleur très-vive, avec rougeur et

gonflement. L'épiderme bientôt soulevé fait voir un grand nombre de vésicules qui conservent leur transparence deux ou trois jours, qui prennent ensuite une teinte lactescente, puis se déchirent et laissent couler le liquide qu'elles renferment. Le derme dénudé s'enflamme, des couches épidermiques sont sécrétées, tombent aussitôt et sont remplacées par d'autres tout aussi peu durables. L'apparition de vésicules nouvelles augmente encore l'irritation des surfaces, et dans quelques cas l'éruption a lieu dans la bouche, sur la membrane pituitaire et jusque sur la muqueuse intestinale; ce qui constitue alors une complication très-grave de la maladie. Le professeur Alibert a nommé cette variété *Dartre squammeuse humide.*

3° *Eczéma impetiginodes.* Dans celle-ci l'éruption débute d'une manière très-aiguë, La tension, la chaleur et la rougeur sont considérables; la douleur est très-vive et se fait sentir par élancements. Les vésicules deviennent très-rapidement purulentes, et le liquide qu'elles contiennent se durcit et forme des croûtes verdâtres, lamelleuses, qui ne tardent pas à tomber, et qui mettent à découvert une surface dont la rougeur est aussi intense que celle du carmin. Si l'éruption est considérable, la matière ichoreuse qu'elle fournit est tellement abondante, que tous les appareils de pansement, le draps, les couvertures en sont imprégnés.

Cette variété peut durer plusieurs semaines, passer successivement d'une partie sur une autre, ou devenir générale; mais ordinairement elle n'occupe qu'une région. Si elle ne passe pas à l'état chronique, ce qui peut arriver pour cette variété et pour les deux autres, tous les symptômes s'amendent, l'inflammation diminue, les croûtes tombent, l'épiderme se reproduit, la peau violacée n'offre plus qu'une légère desquammation.

2° *Eczéma chronique.* Comme nous venons de le dire, ces trois variétés de l'eczéma aigu, mais surtout les deux dernières, peuvent passer à l'état chronique. Alors, après la rupture des vésicules, l'inflammation s'aggrave, envahit les couches profondes de la peau, et même le tissu cellulaire sous-cutané. La peau continuellement irritée, par de nouvelles éruptions, vésiculeuses, et par le contact du liquide ichoreux qu'elles laissent écouler, s'excorie, et se gerce, et fournit une sérosité purulente, d'une odeur désagréable. En même temps, de vives démangeaisons et des cuissons se font sentir, et la peau enflammée devient sanguinolente, d'une couleur violacée, et paraît parsemée d'une multitude de petits pores, d'où suinte une sorte de rosée séreuse. Les malades fatigués par un prurit continuel, ne peuvent se livrer au sommeil; ils se grattent avec une espèce de fureur, et la peau déchirée laisse écouler une sérosité sanguinolente.

La maladie abandonnée à elle-même peut se perpétuer pendant des mois et des années entières. Quand elle tend à diminuer, les éruptions vésiculeuses deviennent de plus en plus rares, et finissent par ne plus se reproduire. Les croûtes, d'abord humides et épaisses, et qui étaient aussitôt remplacées que détachées de la peau, deviennent de plus en plus minces, sèches et adhérentes; l'exhalation séreuse est remplacée par une exfoliation épidermique plus ou moins abondante.

Plus la maladie a été intense et longue, plus sa disparition entière se fait attendre.

Siége. L'eczéma présente quelques différences de siége, qui sont relatives au sexe. Chez les hommes on l'observe le plus fréquemment sur les jambes, les cuisses, le scrotum, la verge, la marge de l'anus, les avant-bras, au milieu et sur la surface dorsale des mains, sur le visage, le cuir chevelu. Chez les femmes il apparaît le plus ordinairement aux oreilles, aux lèvres, aux mamelons, aux aines, aux grandes lèvres, quelquefois aux petites, et aux autres replis de la muqueuse des voies génito-urinaires. Sur ces diverses parties l'eczéma présente quelques modifications; nous allons les examiner rapidement.

Eczéma du cuir chevelu. Rarement les éruptions sont partielles; elles envahissent la totalité du cuir chevelu. Cet eczéma est très-fréquent chez les enfants à la mamelle, de trois, cinq et huit mois, à l'époque de la seconde dentition, et il n'est pas rare chez les jeunes gens de l'un et l'autre sexe; surtout chez ceux qui ont les cheveux blonds, la peau blanche et délicate et qui présentent les attributs du tempérament scrofuleux. Ordinairement l'inflammation ne pénètre pas jusqu'aux bulbes pilifères, mais quand les éruptions sont nombreuses, et rapprochées, elle s'étend aux couches dermiques plus profondes et au tissu cellulaire. Alors les vésicules de l'eczéma forment bientôt des croûtes minces qui acquièrent une plus grande épaisseur à mesure que le suintement continue. Le cuir chevelu tuméfié fournit en abondance un fluide visqueux, qui enduit et colle les cheveux en masse et par couches, et forme en se desséchant des croûtes lamelleuses, jaune ou brunes. La tête est chaude, le cuir chevelu rouge et tendu, une démangeaison violente tourmente les enfants, et pour peu que leurs mains soient libres ils se grattent avec une vivacité inouie, et le sang coule sous leurs ongles. Les ganglions de la nuque et des régions parotidiennes deviennent douloureux et se tuméfient.

Eczéma des paupières. Cette variété donne lieu à la gène des paupières qui sont bridées dans leurs mouvements. Quelquefois l'inflam-

mation s'étend à l'intérieur; le bord des yeux est rouge, gonflé, la paupière est injectée, tuméfiée, et il n'est point rare de voir survenir sur la conjonctive elle-même des vésicules transparentes, qui en s'ouvrant, laissent une sorte d'ulcération superficielle. Dans certaines circonstances où la paupière est gravement prise et où l'éruption s'étend sur la joue, il résulte un ectropion qui augmente la souffrance par l'inflammation de la conjonctive.

Eczéma des oreilles. C'est un des plus fréquents; il attaque surtout les femmes. Dans l'inflammation légère il occupe plus particulièrement le derrière de la conque, qui présente des gerçures plus ou moins profondes qui ont succédé aux vésicules. Si l'inflammation est plus intense et le sujet plus jeune, toute la conque est envahie, l'oreille entière se tuméfie, l'ouverture des conduits auditifs se rétrécit et se ferme quelquefois si complétement qu'il y a surdité. Il n'est même pas rare alors de voir l'inflammation s'étendre jusqu'aux trompes d'Eustachi, et de là sur une grande partie des parois du pharynx. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont douloureux, et la bouche peut à peine s'ouvrir.

Eczéma des narines. Il peut résulter de l'éruption vésiculeuse développée sur les ailes du nez. C'est une affection peu grave et qui n'entraîne aucune suite fâcheuse.

Il en est de même de l'*eczéma des lèvres.*

Eczéma des mamelles. Il se développe surtout chez les nourrices. Il n'est pas rare cependant de l'observer chez des femmes qui n'ont pas été mères et chez de jeunes filles. Cette éruption détermine non-seulement une cuisson vive sur les points affectés, mais encore elle cause une douleur tensive dans la mamelle, une irritation sympathique des ganglions axillaires. Il est aussi très-rebelle au traitement.

Eczéma des parties génitales de la femme. Il se montre le plus souvent aux grandes lèvres. Quelquefois il commence, surtout chez les femmes au déclin de l'âge et chargées d'embonpoint, à la face interne des cuisses et gagne de proche en proche les grandes et les petites lèvres. Dans quelques cas, comme M. Biett l'a vu, l'inflammation s'étend au loin sur la muqueuse, et détermine un gonflement inflammatoire considérable des parties extérieures, une démangeaison douloureuse, brûlante, qui s'accroît avec violence toutes les fois que quelques gouttes d'urine viennent à s'échapper. Si l'inflammation est moins vive, si elle s'étend en haut vers le clitoris, il en résulte un mélange indéfinissable de douleur et de plaisir, qu'aucune expression ne saurait peindre. Au milieu des sensations les plus cruelles surviennent des rêves érotiques qui laissent à leur suite la douleur et un profond abattement.

Suivant M. Biett, l'eczéma des parties génitales ne doit pas être confondu avec une inflammation folliculeuse de la face interne des grandes lèvres. Dans cette dernière forme on voit les follicules gonflés, tuméfiés, répandus sur une surface rouge, injectée, lubrifiée par une exhalation abondante, mais sans aucune érosion ni desquammation consécutive; caractère distinctif important et qui empêche toute méprise.

Eczéma du scrotum et du pénis. Il est fréquent. Il commence ordinairement au scrotum, d'où il gagne le pénis, la face interne et supérieure des cuisses, et occasionne les plus vives douleurs par le mouvement le plus léger. Quand l'eczéma siége au pénis, l'érection est excessivement douloureuse et occasionne des gerçures et des déchirures du derme. Quelquefois des hémorragies assez abondantes sont la suite des érections. M. Biett a observé, dans quelques cas, l'eczéma borné au scrotum, déterminer des érections continuelles, douloureuses, qui se rapprochaient du priapisme, et donnaient lieu à une fatigue profonde du système nerveux.

Eczéma de l'anus. Celui-ci donne lieu à des symptômes très-pénibles et très-difficiles à supporter, et dont il n'est pas aisé de triompher. Il est tantôt répandu dans toute la marge de l'anus qui offre un aspect inflammatoire des plus animés, et qui est continuellement humecté par une exhalation entretenue par le frottement; tantôt il est borné au pourtour de l'anus, est à peine visible et marqué seulement par quelques vésicules rares se développant sur les plis rayonnants ou dans les sillons qui les séparent. Cet eczéma cause un prurit intolérable qui s'exaspère après les repas, pendant la nuit ou à l'approche des plus légers changements de temps.

Eczéma des mains. On voit quelquefois se manifester sur les mains qui ont été exposées au soleil, une éruption vésiculeuse connue sous le nom d'*eczéma solare.* Cette éruption est commune aussi chez les forgerons, les taillandiers, les serruriers, les polisseuses, les affineurs de métaux, les droguistes, les broyeurs de couleur, etc. Elle affecte souvent le dos de la main. Elle est si fréquente chez les épiciers, que les pathologistes anglais lui ont donné le nom de *gale des épiciers.*

Eczéma des jambes. On l'observe surtout dans l'âge adulte ou dans la vieillesse. Quand il siége aux parties inférieures, aux articulations tibio-tarsiennes, la marche devient alors, sinon impossible, au moins très-difficile : chaque mouvement déchire les couches épidermiques minces, le sang s'écoule et les gerçures s'aggravent.

Quel que soit le siége de l'eczéma, il n'est pas toujours facile d'apprécier la cause de son apparition. Nous avons vu que certaines pro-

fessions déterminaient l'eczéma des mains. Il se développe ordinairement chez les femmes après les premières couches, après l'allaitement. Il peut survenir aussi après une émotion vive, une frayeur subite ou un accès de colère. Si les vicissitudes atmosphériques ne sont pas sans influence sur son apparition, elles en exercent une bien plus constante quand il existe. Ces changements dans l'atmosphère sont annoncés par un prurit plus vif. L'eczéma se développe aussi par les applications irritantes de diverse nature. Cette éruption passe pour être héréditaire; cependant il y a de nombreuses exceptions.

Traitement. Le traitement de l'eczéma varie suivant que la maladie est à l'état aigu ou à l'état chronique.

Dans l'*eczéma simplex* il convient d'observer un régime sévère, de faire usage de légumes, de limonade, de bains. Si l'eczéma se prolonge, on pourra employer les bains alcalins et sulfureux. Dans l'*eczéma impetiginodes* il faudra prescrire une diète sévère, pratiquer plusieurs saignées, faire des lotions émollientes et des frictions avec l'axonge fraîche. On a dit que des individus affectés de cette variété de l'eczéma en ont été débarrassés en restant plongés pendant des journées entières dans un bain tiède.

Dans l'eczéma chronique il faut prescrire la limonade sulfurique que l'on fait ainsi :

> ℞ Acide sulfurique ʒ j.
> Eau d'orge une pinte.
> mêlez.

Cette limonade est très-efficace. On peut prescrire en même temps des bains d'amidon, de bains de gélatine, ou des bains alcalins; et pour boisson on donne la tisane alcaline suivante :

> ℞ Sous-carbonate de soude ʒß j.
> Eau de chicorée ou d'orge une pinte.

Quelques praticiens traitent aussi cette maladie par des frictions avec la pommade de calomel, par les bains sulfureux, ou par des lotions avec l'acétate de plomb. Pour moi j'ai employé avec succès l'eau distillée de laitue. de laurier-cerise, de jusquiame et les préparations opiacées. On a aussi employé la teinture de cantharides depuis la dose de trois gouttes jusqu'à six ou huit gouttes dans l'espace de vingt-quatre heures. M. Rayer a fait usage des préparations arsénicales. Les bains sulfureux et les douches de vapeur sont employés par quelques praticiens. D'autres ont préconisé le nitrate et le deuto-iodure de mercure. Mais les cautérisations par le nitrate d'argent produisent un très-mauvais effet. Le traitement de l'eczéma exige, du reste, beaucoup de patience et de temps, et ce n'est souvent qu'en alternant ces différents moyens qu'on arrive à la guérison parfaite. Cette guérison est fortement influencée par le changement de saison; c'est surtout au printemps qu'elle peut être espérée. Si c'est à Paris qu'on ait à donner ses soins à un malade affecté d'eczéma, on peut lui conseiller un voyage dans le midi de la France. On lui prescrira aussi avec avantage d'aller aux eaux minérales douces, mais on lui recommandera de fuir les eaux minérales excitantes telles que celles de Barèges ou de Cauterets.

Dans l'eczéma du cuir chevelu, il faut couper fréquemment les cheveux, afin de pouvoir couvrir les parties affectées avec des cataplasmes émollients.

Le gonflement inflammatoire que détermine l'eczéma aux oreilles sera combattu par l'application réitérée de petites ventouses scarifiées sur les régions mastoïdiennes. On couvrira ces mêmes parties de fomentations émollientes et légèrement narcotiques. Quant à l'oblitération des conduits auditifs on y remédiera par l'introduction prolongée de petits cylindres d'éponge préparée.

Des moyens analogues, modifiés selon les besoins, seront employés pour l'eczéma des mamelons, des paupières, des mains et des jambes.

Ve *Espèce.* HERPÈS.

L'herpès est une phlegmasie de la peau non contagieuse, caractérisée par des groupes de vésicules, enflammées à leur base, séparées, distinctes, et dont la dessication individuelle a lieu dans l'espace d'un à deux septénaires.

L'herpès n'est presque jamais accompagné de symptômes généraux. Il se développe quelquefois à la suite de fièvres.

Il présente des variétés selon son siége; nous allons les examiner.

1re *Variété: Herpes phlyctænoïdes.* L'herpès phlycténoïde est caractérisé par des groupes de vésicules globuleuses et transparentes, du volume d'un grain de millet ou d'un très-petit pois, apparaissant en nombre plus ou moins considérable sur des taches rouges, ordinairement circulaires, éparses sur le tronc ou d'autres régions du corps. Il se développe quelquefois exclusivement sur le front, les joues, le col, plus souvent sur les membres, d'où il se propage sur plusieurs autres points.

C'est une maladie ordinairement aiguë; M. Rayer l'a vue devenir chronique.

Les causes de l'herpès phlycténoïde sont fort obscures. Il paraît être plus fréquent chez les adultes que chez les enfants et les vieillards.

L'éruption est précédée d'un sentiment de fourmillement, de démangeaison ou de cuisson, bientôt suivi de la formation de petits points rouges presque imperceptibles qui,

quelques heures après, sont transformés en vésicules dures, rénitentes, globuleuses, transparentes, d'un volume variable, remplies d'une lymphe ordinairement incolore ou citrine. Après vingt-quatre ou trente-six heures de la formation de ces vésicules, l'humeur qu'elles contiennent se trouble, devient laiteuse ou brunâtre. Elles s'affaissent ou se rompent du sixième au dixième jour et il se forme des croûtes jaunes ou noirâtres qui se détachent du sixième au douzième jour.

Le traitement de cette légère inflammation est simple; chez les enfants il faut abandonner la guérison à elle-même. Chez les adultes, lorsque l'éruption est considérable, il faut cautériser légèrement les vésicules, et si la douleur est très-vive pratiquer une saignée.

2e *Variété : Herpes labialis.* Ce sont des groupes de vésicules formant sur la surface des lèvres une sorte d'anneau irrégulier, dont la circonférence s'étend inégalement sur le menton, les joues et les ailes du nez. L'humeur des vésicules, d'abord transparente, devient trouble dans l'espace de vingt-quatre heures; elle offre ensuite une teinte d'un blanc jaunâtre, et finit par présenter un aspect puriforme. Dès le quatrième ou cinquième jour de l'éruption, les vésicules se sèchent; le fluide qu'elles renferment s'écoule ou se transforme en croûtes noirâtres qui se détachent ordinairement du huitième au douzième jour.

L'herpès *labialis* peut être causé par l'impression du froid, par le passage d'une température élevée à l'air froid et humide, par le contact de corps âcres et irritants. Il survient souvent aussi à la suite de toutes les maladies qui ont déterminé la fièvre, et plus souvent encore à la suite d'accès de fièvre intermittente.

Cette légère maladie ne demande d'autre traitement que des lotions fraîches et émollientes.

3e *Variété : Herpes præputialis.* Il est caractérisé par un ou plusieurs groupes de vésicules qui se développent sur la face interne ou sur la face externe du prépuce, quelquefois sur ces deux surfaces à la fois.

Sa durée est ordinairement d'un à deux septénaires.

Il ne réclame d'autre traitement que de simples lotions d'eau fraîche ou d'eau minérale.

4e *Variété : Herpes zoster ou zona.* Ainsi nommé parce qu'il apparaît le plus ordinairement sur un des côtés du corps, sous la forme d'une bande demi-circulaire formée par plusieurs groupes de vésicules agglomérées.

Le zona peut se développer sur toutes les régions du corps, cependant son siége le plus fréquent est le tronc, depuis la ligne blanche jusqu'à la colonne vertébrale. Alors il se présente sous la forme d'une bande demi-circulaire plus ou moins large, formée par plusieurs groupes arrondis ou ovales de vésicules argentées, grises ou jaunâtres, quelquefois mélangées de bulles irrégulières, entourées d'une auréole rouge plus ou moins vive, et qui sont pleins d'une sérosité transparente ou sanguinolente. Au bout de quelques jours ces vésicules se dessèchent, se couvrent de petites croûtes brunes ou jaunâtres qui ne tardent pas à se détacher de la peau.

Le zona s'accompagne de démangeaisons et de douleurs insupportables. Il donne lieu aussi à la fièvre, à la soif, à la céphalalgie et à l'insomnie.

Ses causes sont peu connues. Il est plus commun en été et en automne.

Le traitement du zona consiste dans l'usage de lotions, de bains avec l'eau de son ou d'amidon. Dans les cas de douleur très-vive il convient de faire usage du sirop de pavots blancs et d'opiacés. On a employé la cautérisation, mais sans de grands avantages.

On recommandera aux malades de se coucher sur le côté sain.

VIe *Espèce.* LA GALE.

La gale est une maladie de la peau essentiellement contagieuse, caractérisée par de petites vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, transparentes à leur sommet, et contenant un liquide séreux et visqueux. Ces vésicules sont constamment accompagnées de prurit, et peuvent se développer sur toutes les parties du corps; mais leur siége de prédilection, surtout au début, est l'intervalle des doigts et le pli des articulations des membres.

Causes. La gale est une maladie accidentelle et contagieuse qui se propage par le contact médiat ou immédiat des individus malades aux individus sains.

Les jeunes gens y sont plus exposés que les autres âges de la vie.

Les femmes y sont moins sujettes que les hommes.

Parmi les professions qui exposent à contracter la gale on doit ranger celles de marchands d'habits, de tailleurs, de couturières, etc., et toutes celles dans lesquelles on néglige les moyens de propreté, ou dans lesquelles on communique fréquemment avec des individus débauchés et peu soigneux, comme cela se voit chez les militaires, les courtisanes, les mendiants, etc.

Les saisons chaudes sont celles qui favorisent le plus la contagion.

Les tissus qui ont été en contact avec les téguments des galeux sont souvent le véhicule de la contagion; rien de plus commun, par exemple, que de voir des individus contracter la gale pour avoir couché dans des lits qu'avaient occupés des galeux, ou encore de voir des sujets, guéris de cette maladie, la

contracter de nouveau en revêtant les vêtements qu'ils portaient, et qu'ils n'ont pas pris soin de désinfecter. Il y a un assez grand nombre d'exemples de gale transmise des animaux (du chien surtout) à l'homme. Il y a peu d'années, plusieurs ouvriers du Jardin des Plantes l'avaient contractée en soignant un chameau qui en était atteint.

Cause prochaine. Les opinions des pathologistes sur la cause prochaine de la gale portent l'empreinte des doctrines qui ont tour à tour régné dans les écoles : les uns l'ont attribuée à un principe acide qui se développait dans l'économie animale, les autres à un ferment particulier, à l'acrimonie de la lymphe, du sérum, du sang, etc. Le besoin d'idées plus exactes, plus conformes à la raison, mit bientôt sur la voie de nouvelles recherches. Vers la fin du XVIIe siècle, des expériences ingénieuses semblèrent constater que la gale avait pour cause essentielle un insecte qui, en pénétrant sous l'épiderme, déterminait une éruption vésiculaire. Déjà Ingrassias et Joubert avaient soupçonné l'existence de ces insectes; mais c'est dans le *Theatrum insectorum* de Moufet qu'il en est parlé pour la première fois avec quelques détails : cet auteur les décrit comme des animaux très-petits, presque invisibles, résidant sous l'épiderme, produisant de petites vésicules remplies d'un fluide clair, et occasionnant un prurit très-vif, etc.

Dans la suite, le perfectionnement des instruments d'optique vient faciliter de nouvelles recherches. Hauptmann publia le premier la figure de cet insecte, dessinée d'après nature. Toutefois ce furent surtout les faits publiés par François Redi, l'un des plus grands hommes dont s'honore l'Italie, qui firent connaître tout ce qui était relatif à l'insecte de la gale. La lettre d'Hyacinthe Cestoni, où se trouvent consignées ces nouvelles expériences, a été imprimée dans plusieurs ouvrages modernes, et elle est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la reproduire ici.

Les recherches ultérieures de Linnée, de De Geer, de Fabricius, de Latreille, ont eu principalement pour but de fixer les vrais caractères de cet insecte, et de lui assigner la place qu'il doit tenir dans les classifications entomologiques. Mais on remarqua des dissidences dans les descriptions de ces naturalistes, ce qui diminua la valeur des expériences microscopiques.

Cependant les témoignages de tant d'auteurs célèbres semblaient devoir établir, d'une manière incontestable l'existence de l'insecte de la gale ; toutefois elle fut révoquée en doute par plusieurs pathologistes qui avaient été moins heureux dans leurs recherches. Ces incertitudes, sur un point si important, engagèrent M. Galès, ancien pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, à tenter de nouvelle expériences en 1812; elles eurent, à ce qu'il assure, les résultats les plus favorables. Comme elles ont été consignées avec les plus grands détails dans sa dissertation inaugurale, et plus tard dans l'excellent article de M. le docteur Fournier, je crois inutile de les rappeler ici. Il suffira de dire que M. Galès, s'il faut l'en croire, a observé plus de trois cents individus cirons : il ajoute qu'ils ont constamment offert la même forme, à la grosseur près : que le nombre de pattes est tantôt de six et tantôt de huit; ce qu'il paraît porté à attribuer à la différence des sexes.

Bien que les expériences de M. Galès parussent entourées d'une certaine authenticité, cependant la ressemblance, ou, pour mieux dire, l'identité de l'animal qu'il avait découvert, avec la mite du fromage, quelques circonstances qui semblaient jeter sur ces recherches une sorte de défiance généralement accréditée, et peut-être aussi la facilité de ces succès, laissèrent un doute, dont il était difficile de se défendre.

M. Alibert commença une série d'expériences en 1813 ; il les fit suivre pendant plusieurs mois par une personne accoutumée depuis longtemps aux recherches microscopiques les plus délicates; elles ne produisirent aucun résultat satisfaisant.

M. Biett essaya de reprendre ces expériences en 1818, mais sans plus de succès. Dans le printemps de 1819, il les recommença en s'aidant des lumières et de l'habileté de M. Meunier, dessinateur distingué, qui avait présidé aux recherches de M. Galès : ils les continuèrent pendant plusieurs semaines sur plus de quatre-vingts galeux qu'ils examinaient au moment même de leur entrée, et avant qu'aucun traitement n'eût modifié l'éruption. Jamais il ne leur fut possible d'apercevoir l'*acarus*. Depuis lors, M. Biett a recommencé ces expériences chaque année, tantôt avec de fortes loupes, tantôt avec d'excellents microscopes, et toujours vainement. En 1820 et en 1821, il s'est même servi du microscope horizontal d'Amici, que les travaux si importants de MM. Prévost et Dumas ont fait connaître en France, et que le respectable Mongez avait fait exécuter à Paris. Mais ces dernières expériences avaient été trop peu nombreuses pour qu'il en pût rien conclure. Avant ces recherches de MM. Alibert et Biett, le docteur Galeoti, médecin de l'hôpital Saint-Eusèbe, à Florence, et Chirugi, chef de l'hôpital de Bonifazio, de la même ville, avaient aussi inutilement cherché à découvrir l'insecte.....

En 1834, un élève en médecine, M. Renucci, démontra à l'hôpital Saint-Louis, la manière de trouver l'*acarus*. Dans la Corse, son pays, il avait vu maintes et maintes fois

les femmes extraire l'insecte de la gale; il l'avait souvent extrait lui-même. Il fit voir que ce n'était pas dans la vésicule qu'il fallait le chercher, mais bien dans un sillon qui en part, et que ces insectes tracent sous l'épiderme.

Une fois les découvertes faites, les choses paraissent toujours très-simples, et, dans cette circonstance aussi, on se demanda comment dans tant d'essais on était toujours resté à côté de la vérité. Ce qui surprit d'autant plus que l'on s'aperçut bientôt que l'on avait passé trop légèrement sur les descriptions de certains observateurs.... On se rappela que Moufet, entre autres, avait avancé que les cirons ne se trouvent pas *dans les pustules*, mais *à côté d'elles;* que plusieurs pathologistes avaient insisté sur ce point important, qui est surtout présenté avec beaucoup de détails, et de la manière la plus claire dans le bel ouvrage de J. Adams (*On morbid poisons*, in-4°, London, 1807), dans lequel on trouve deux bonnes figures de l'*acarus*.

Quoi qu'il en soit, il reste démontré que, sinon constamment, au moins dans beaucoup de cas, on peut facilement trouver l'*acarus*, quand la gale est encore récente. M. Raspail, qui a proposé de nommer ces insectes *sarcoptes hominis*, en a donné une très-bonne description et d'excellentes figures (*Mémoire comparatif sur l'Histoire naturelle de l'insecte de la gale*, 1834).

Mais l'existence de l'*acarus*, une fois bien démontrée, il reste encore à étudier plusieurs questions très-importantes : Est-ce la présence de cet insecte qui occasionne seule la gale? N'est-elle qu'un accident, qu'une complication? Dans le premier cas, pourquoi ne le retrouve-t-on pas dans toutes les circonstances? pourquoi ce siége de prédilection, pour ainsi dire, des sillons entre les doigts et au-devant des poignets? pourquoi cette énorme différence entre le nombre des insectes et celui des vésicules?

Quelques expériences de MM. Renucci et Albin Gras, tendent à faire admettre la présence de l'*acarus* comme la seule cause de la gale; mais on se sent surtout disposé à se ranger à cette opinion, quand on a lu l'ingénieux travail que M. Aubé vient de présenter très-récemment (*Considérations générales sur la gale et l'insecte qui la produit;* thèse, Paris, mars 1836), et qui tend à considérer le sarcopte comme un animal nocturne profitant de la nuit pour attaquer sa proie sur une multitude de points, et revenant au jour gagner le sillon ténébreux qui lui sert d'asile. M. Aubé en conclut, 1° que la gale est une affection symptomatique produite par la présence d'un insecte arachnoïde nommé *sarcoptes hominis;* 2° qu'elle n'est contagieuse que par la transmission de cet insecte; 3° que la contagion est fréquente la nuit, rare le jour; 4° que la médication ne doit avoir qu'un seul but, la mort de l'*acarus* et de ses œufs.

Cette théorie, à laquelle M. Aubé paraît avoir été conduit par la voie de l'observation et celle de l'analogie, est loin pour le moment d'être entièrement satisfaisante, et de pouvoir répondre à toutes les objections qu'on pourrait lui faire; mais elle n'en est pas moins fort ingénieuse et de nature à faire regarder comme possible, et même comme probable, une explication qui cependant demande encore de nouvelles études pour être entièrement démontrée (Biett, Dictionn. en XXV vol., tome XIII).

Symptômes. L'apparition de l'éruption, à dater du moment de la contagion, a lieu à des époques variables et d'ailleurs difficiles à déterminer. Ce qu'on peut dire de plus général se borne à ceci : chez les enfants l'éruption se montre souvent quatre ou cinq jours après celui où la contagion s'est opérée; elle tarde huit à vingt jours et plus chez les adultes, quelques semaines et plusieurs mois chez les vieillards et les sujets débilités par des maladies chroniques. Le climat, la saison, le tempérament, et plusieurs autres circonstances éventuelles influent d'ailleurs sur le développement de l'éruption, le hâtent dans quelques cas et le retardent dans d'autres.

Les parties sur lesquelles la contagion s'est opérée deviennent le siége d'un prurit léger qui augmente la nuit et sous l'influence de toutes les causes d'excitation, telles que la chaleur, les boissons alcooliques, etc.; bientôt de petites saillies vésiculeuses, légèrement rosées chez les individus jeunes et sanguins, de la même couleur que le reste de la peau chez les sujets débiles et valétudinaires, se montrent dans les mêmes parties, c'est-à-dire ordinairement à la main, dans l'intervalle des doigts et aux poignets. Bientôt ces vésicules grossissent, se multiplient, se propagent aux avant-bras, au pli du coude, à la poitrine, au ventre et aux cuisses, au pli du jarret. Elles s'accompagnent quelquefois de rougeur et même de pustules, si l'inflammation est active, le sujet sanguin et soumis à des causes d'excitation, s'il se gratte avec force, et s'il néglige les soins de propreté. Quand le prurit est violent, le malade écorche, en se grattant, les petites vésicules dont le liquide visqueux s'écoule et se concrète en petites écailles ou croûtes minces et peu adhérentes. Dans un grand nombre de cas, la gale, reconnue et traitée, au bout d'un certain temps se dissipe, avant même d'avoir acquis ce degré d'intensité. Mais, négligée et surtout irritée par le défaut de soins et de propreté, par un régime échauffant, etc., elle s'accompagne d'une

irritation vive des téguments, d'où résulte le développement de phlegmasies accidentelles qui se joignent à la gale et en rendent le diagnostic plus difficile. Alors, en effet, peuvent survenir les taches de l'érythème, les vésicules des différentes variétés de l'eczéma, les pustules de l'ecthyma, les papules du lichen, et par suite se forment des squammes ou des croûtes, résultat de quelques-unes de ces éruptions. Quelquefois même des furoncles et des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané peuvent survenir. Alors la fièvre et des irritations cérébrales peuvent compliquer l'affection de la peau. Remarquons cependant que ces complications ne se manifestent que lorsqu'on a opposé à la gale une médication trop active et trop excitante.

Au reste, la marche et les phénomènes de la gale sont puissamment modifiés par l'âge, le tempérament, le climat, la saison, le régime et le traitement.

La gale ne se termine jamais d'une manière spontanée. Si on néglige de la combattre, elle peut se continuer pendant plusieurs années, et même persévérer pendant toute la vie.

Les auteurs ont admis plusieurs variétés de gale; mais il faut admettre avec M. Biett, que toutes les nuances et les modifications que peut présenter la gale, doivent être attribuées à des complications dues à des circonstances particulières, telles que la saison, le climat, l'âge du malade, son tempérament, son idiosyncrasie, ses habitudes, le traitement employé, etc. Enfin qu'elles constituent, dans certains cas, des maladies cutanées papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, , fort distinctes de la gale.

Diagnostic. La gale peut être confondue par des médecins peu habitués à voir les affections cutanées, avec plusieurs autres maladies. Vous la distinguerez du *prurigo* en ce que dans celui-ci il n'y pas de vésicules, mais des papules qui conservent souvent la couleur de la peau, ou sont excoriées par les ongles des malades, et qui sont surmontées de petites croûtes noirâtres formées par du sang concret et desséché. Elles occupent d'ailleurs le dos, les épaules, les faces dorsale et externe des membres, tandis que les vésicules de la gale se montrent entre les doigts, aux poignets, au pli des articulations, à la face interne des membres. L'*eczema rubrum* offre des vésicules réunies en groupes et plus enflammées que celles de la gale; elles se montrent de préférence aux parties où la transpiration est la plus abondante, où abondent les poils et les follicules cutanées, comme aux aisselles, aux oreilles, au front, aux parties génitales; elles sont plutôt accompagnées d'un sentiment de cuisson que d'un véritable prurit. Elles donnent fréquemment lieu à la formation de concrétions squammeuses, plus ou moins étendues. L'*eczema impetiginodes* s'accompagne ordinairement d'une inflammation plus marquée et plus étendue que la gale.

Le *pronostic* de la gale est rarement très-grave; il ne le devient que lorsqu'elle est compliquée soit de quelque autre maladie de la peau, soit de quelque affection viscérale.

Traitement. On a préconisé une foule de remèdes divers contre la gale. Voici le traitement qui nous paraît le plus efficace :

Si l'on a affaire à des sujets irritables et sanguins, si surtout la gale est intense, invétérée, négligée, mal traitée, exaspérée par des frictions irritantes; si elle s'accompagne d'un état inflammatoire des téguments, de rougeurs, de pustules ou de furoncles; avant d'en venir à l'usage des topiques irritants, il conviendra d'avoir recours à l'emploi de quelques bains tièdes, de la saignée, des boissons délayantes et de quelques laxatifs.

La gale, réduite à l'état simple, on la combat par le soufre et ses préparations administrés sous forme de topiques. Ceux qui se sont montrés les plus efficaces sont la pommade soufrée simple, la pommade d'Helmerick et la pommade sulfuro-alcaline du formulaire de l'hôpital Saint-Louis, communément employée par M. Alibert. Le soufre uni à l'axonge dans la proportion d'un cinquième, a guéri en quinze jours vingt malades qui faisaient deux frictions par jour avec une once de cette pommade sur toutes les parties couvertes de vésicules psoriques. Simple, peu dispendieux, ne donnant lieu à aucun accident, ce remède a, comme tous les corps gras unis au soufre, l'inconvénient de tacher le linge, de laisser sur les téguments un enduit désagréable, et d'exhaler une mauvaise odeur. La *pommade d'Helmerick*, composée de deux parties de soufre, huit d'axonge et une de potasse purifiée, a eu les effets les plus avantageux dans les nombreux essais entrepris pour en constater l'efficacité. On commence par frictionner et nettoyer la peau dans un bain savonneux pour déchirer les vésicules de la gale et favoriser l'application du remède. On fait ensuite avec ce dernier trois frictions par jour, d'une once chaque, devant le feu, puis on nettoie de nouveau la peau par un second bain savonneux. D'après les expériences de M. Biett, il serait plus convenable de ne faire que deux frictions par jour. D'après ces expériences la durée moyenne n'a été que de treize jours sur cinquante malades qui ont fait seulement deux frictions en vingt-quatre heures avec cette pommade.

La pommade *sulfuro-alcaline* de M. Alibert, composée de trois gros de soufre sublimé et lavé, trois gros de sous-carbonate de potasse, et quatre onces d'axonge, guérit un peu plus lentement, mais elle est moins irritante.

IIIe Genre. — BULLEUSES.

Ire Espèce. — PEMPHIGUS.

Le pemphigus est une éruption à bulles très-volumineuses, larges, remplies d'abord d'une sérosité limpide, devenant peu à peu rougeâtre, se rompant plus tard, et suivies de la formation de croûtes minces.

Le pemphigus peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

Pemphigus aigu. Il peut être partiel ou général. Dans ce dernier état il peut déterminer des symptômes graves, qui mettent la vie en danger.

Les prodrômes du pemphigus aigu consistent en un simple malaise, de l'anorexie. Bientôt des taches rouges, arrondies, apparaissent surmontées par des bulles occupant toute la tache, ou une partie seulement. La grosseur de ces bulles varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noisette. Plusieurs bulles peuvent se grouper et occuper un large espace. Alors l'épiderme tombe dans une grande étendue de la peau, qui paraît si altérée dans son organisation, qu'elle semble avoir été le siége d'une brûlure. Avant que la bulle ne soit rompue, le liquide, de transparent qu'il était, devient louche, et peut ainsi simuler une pustule. La durée de ces bulles peut n'être que de vingt-quatre heures ou de plusieurs jours. Lorsqu'elles crèvent, la peau conserve un aspect de brûlure.

Les symptômes généraux de cette affection peuvent être très-légers ou très-graves, sans qu'il y ait aucun rapport entre l'étendue de l'éruption et l'intensité des symptômes.

La durée du pemphigus aigu est ordinairement de deux septénaires.

Cette éruption reconnaît pour causes une forte insolation, l'action du feu, des bains trop chauds. J'ai vu un cuisinier qui ne pouvait s'approcher de ses fourneaux sans être pris de pemphigus. Je lui ai conseillé d'abandonner son état et il s'en est bien trouvé.

Le traitement consiste dans l'usage des bains et des émollients. On prescrira la diète et le repos.

Pemphigus chronique. Il est rare dans l'enfance. Il se rencontre le plus souvent chez l'adulte et chez le vieillard. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Il peut être général ou partiel. Cette affection consiste en une série d'éruptions se succédant continuellement. Cette maladie affecte surtout les constitutions débilitées, les individus qui sont soumis à une mauvaise alimentation et qui habitent des lieux humides.

On opposera à cette forme chronique le même traitement qu'à la forme aiguë. On y ajoutera l'usage de la limonade sulfurique. Si le pemphigus chronique dure depuis trop longtemps, et que cette durée soit entretenue par l'usage d'une mauvaise nourriture, ou par le séjour dans des lieux bas et humides, il faudra s'empresser de prescrire les toniques, une bonne alimentation et une habitation plus saine.

IIe Espèce. RUPIA.

Le rupia est une éruption de bulles larges et aplaties, dont la base est enflammée, et qui sont remplies d'un fluide, séreux d'abord, puis puriforme, purulent, sanguinolent, en général mal élaboré, qui se concrète rapidement en croûtes noirâtres plus ou moins épaisses et plus ou moins saillantes.

Cette éruption se rencontre surtout chez les jeunes gens faibles et délabrés, et chez les vieillards. Elle apparaît sous l'influence d'un mauvais régime et de la malpropreté.

Les bulles, telles que nous les avons décrites, se manifestent sur plusieurs parties du corps et particulièrement sur les membres inférieurs, quelquefois sur les lombes, toujours en fort petit nombre et isolées les unes des autres. Ces bulles, dont les progrès sont généralement longs, contiennent une matière ichoreuse ou séreuse, qui devient séro-purulente. Elles se rompent et donnent issue à cette humeur qui se transforme en croûtes superficielles, brunâtres, sous lesquelles existe une excoriation ordinairement superficielle. Celle-ci, qui n'a point le caractère rongeant, mais qui se prolonge quelquefois en conservant l'état croûteux chez les sujets dont la constitution est altérée, laisse après la guérison une maculature livide qui persiste pendant quelque temps.

Pour combattre cette affection, il ne faut qu'un bon régime et quelques toniques. On prescrira avec avantage quelques bains tièdes, quelques cataplasmes pour faire tomber les croûtes, des pansements détersifs, astringents ou irritants, si des ulcérations persistent après leur chute.

VIe Genre. — POSTULEUSES.

Ire Espèce. ECTHYMA.

Maladie cutanée apyrétique, non contagieuse, caractérisée par des pustules d'un volume assez considérable, rarement nombreuses, mais s'élevant sur divers points de la surface du corps, à des distances assez grandes les unes des autres, et donnant lieu le plus souvent à la formation de croûtes brunâtres plus ou moins épaisses, qui laissent après elles des maculatures rougeâtres, et plus rarement des cicatricules.

Cette maladie se montre surtout dans l'âge adulte, et chez les individus à tempérament sanguin, lymphatique et bilieux. Elle règne de préférence dans les saisons chaudes ou variables. Elle succède souvent aux morsures de

sangsues et aux frictions avec la pommade stibiée.

Elle est quelquefois précédée de phénomènes précurseurs, tels que malaise, céphalalgie, inappétence, nausées, etc. L'éruption se manifeste sous la forme de boutons rouges qui paraissent aux membres, à la face, sur le tronc, ordinairement en fort petit nombre, et assez distants les uns des autres. Ces boutons deviennent purulents à leur sommet presque dès leur apparition, s'ouvrent promptement et donnent lieu à la formation de croûtes brunâtres ou d'un vert obscur, plus ou moins larges, plus ou moins adhérentes, qui se détachent au bout de quelques jours, laissant après elles des maculatures rougeâtres ou livides. Lorsque la maladie se prolonge, l'ulcération croûteuse qui succède à la rupture de la pustule peut s'étendre, persister pendant quelque temps, et laisser après elle une cicatrice plus ou moins apparente.

L'ecthyma peut être aigu ou chronique. L'ecthyma aigu a une durée de un à deux septénaires. L'ecthyma chronique peut se prolonger pendant plusieurs mois, par la formation successive de nouvelles pustules sur divers points de la peau, parcourant lentement leurs périodes.

L'ecthyma aigu réclame les bains simples ou émollients, les lotions et les applications émollientes.

On opposera à l'ecthyma chronique les bains alcalins, les bains sulfureux, les bains de vapeurs, quelques boissons dépuratives et laxatives.

Dans l'un et l'autre cas on prescrira un régime doux et les soins hygiéniques.

IIe *Espèce*. IMPÉTIGO.

L'impétigo est caractérisé par des pustules qui peuvent être agglomérées (*impetigo furfurata*), ou bien dessiminées (*impetigo sparsa*).

Cette éruption se montre d'abord sous la forme de vésicules rouges qui se transforment bientôt en pustules. Celles-ci ne tardent pas à se déchirer, et sont remplacées par des croûtes épaisses, rougeâtres.

Cette maladie attaque principalement les enfants, et survient sans causes connues. Elle apparaît à la face, au cuir chevelu et aux membres.

Le traitement n'offre rien de spécial; il rentre dans les règles que nous avons établies. Il consiste principalement dans l'emploi des lotions émollientes, des bains, des émissions sanguines, et dans le régime.

Si l'impétigo tend à passer à l'état chronique, il faut le combattre par des lotions toniques, par les sulfureux et par la cautérisation, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure. On emploie aussi avec succès contre l'impétigo chronique la solution de Pearson à la dose d'un scrupule à un gros par jour.

IIIe *Espèce*. L'ACNÉ.

L'acné est une affection caractérisée par de petites pustules plus ou moins rouges et enflammées, pénétrant plus ou moins profondément dans le tissu de la peau, ne parvenant que lentement à la suppuration.

Cette affection offre plusieurs variétés.

1° *Acne simplex*. Caractérisé par une éruption de petits boutons durs, enflammés, d'un volume variable, ordinairement très-petits et superficiels, formant de petites pustules qui se sèchent promptement en petites écailles presque furfuracées. Son siége le plus ordinaire est le front, la face et les épaules.

2° *Acne indurata*. Boutons plus volumineux, mûrissant plus lentement, offrant un noyau central formé par l'inflammation d'un follicule sébacé. Ces follicules en effet paraissent être le siége principal et le point de départ de l'*acne indurata*.

Après avoir grossi et persévéré pendant trois, six, huit jours, le sommet purulent de ces boutons jaunit, s'ouvre et laisse échapper une humeur jaunâtre, plus ou moins ténue; ou souvent même on en expulse, par pression, une sorte de bourbillon formé par le follicule lui-même, ou du moins par une sorte de pseudo-membrane qui en a pris la forme, et qui représente un petit kyste contenant une matière sébacée.

3° *Acne rosacea* ou *couperose*. Cette variété présente divers degrés : tantôt elle ne donne lieu qu'à une coloration rosée plus ou moins vive et plus ou moins diffuse de la peau, tout au plus accompagnée d'une légère desquammation furfuracée; tantôt la peau du visage est en outre rugueuse et hérissée de petites saillies, de petites aspérités dues à une injection plus forte du tissu réticulaire sous-cutané, à une inflammation plus profonde et plus permanente. Le plus souvent les pustules sont petites, superficielles; quelquefois elles sont entremêlées de points noirs, enfin il peut exister des pustules profondes et des tubercules consécutifs, ce qui constitue le degré le plus intense de la couperose. La structure délicate et vasculaire des parties de la face où siége particulièrement la couperose, est très-propre à présenter les diverses nuances d'injection simple et passagère, de coloration permanente avec dilatation des ramuscules vasculaires, d'engorgements légèrement tuberculeux, de pustules, d'inflammation folliculeuse, qui forment les différents degrés de l'*acne rosacea*.

D'après M. Biett, les pustules quelquefois, bornées à un petit espace, sont rares, isolées et ne laissent à leur suite qu'une rougeur lé-

gère. D'autres fois elles se succèdent, se multiplient, envahissent toute la face et s'étendent même jusque sur les oreilles et le cou. Lorsque la couperose est parvenue à ce degré d'intensité, les membranes muqueuses voisines prennent bientôt part à cette irritation si vive ; les conjonctives s'enflamment ; les gencives deviennent douloureuses, se tuméfient; les dents s'ébranlent, et plusieurs autres symptômes d'une complication scorbutique, viennent ajouter à cet état si déplorable. Dans quelques cas assez rares la couperose n'étend pas son siége au delà du nez ; elle y épuise en quelque sorte ses effets. Tous les tissus se gonflent au point de donner à cette partie de la face une dimension double ou triple de celle qui lui est ordinaire. On voit s'élever sur divers points, surtout autour des ailes du nez, des tumeurs plus ou moins considérables, rugueuses, livides, qui offrent une difformité dégoûtante.

Traitement. L'*acne simplex* ne réclame qu'un régime doux et les émollients. Dans l'*acne indurata*, il faut employer les toniques et les aromatiques, tels que l'eau de sauge ou l'eau de lavande. Si ces moyens ne réussissent pas, il faut avoir recours aux pommades mercurielles. Les douches aromatiques, les vésicatoires peuvent, en exerçant une perturbation salutaire, faire changer l'*acne indurata* en *acne simplex*. Souvent ce que l'art ne peut parvenir à opérer la nature le fait toute seule. C'est ainsi qu'on a vu un érésipèle de la face modifier l'*acne indurata*, et le faire passer à l'état de simplicité.

Le traitement de la couperose est beaucoup plus difficile. Cette affection résiste presque toujours aux moyens qu'on lui oppose. Je me borne à vous prévenir que les excitants ne lui conviennent pas.

IVe *Espèce*. MENTAGRE.

La mentagre est caractérisée par une éruption de pustules sur le menton.

Cette éruption est plus commune chez l'homme que chez la femme.

Son traitement consiste dans l'emploi de préparations sulfureuses et les émollients. Quelques praticiens cautérisent les pustules avec le nitrate d'argent.

Ve *Espèce*. LES TEIGNES. *Favus, Porrigo*.

On désigne sous ces noms divers une maladie spéciale du cuir chevelu, généralement propre à l'enfance, susceptible de se transmettre par contagion, paraissant siéger dans les follicules pileux, entraînant souvent l'*alopécie*, et particulièrement caractérisée par des croûtes sèches, fortement enchâssées dans le tissu de la peau (auquel elles adhèrent intimement), d'une couleur jaune pâle et sale, offrant une dépression centrale plus ou moins régulière, qui donne au produit croûteux quelque ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel (Gibert).

La teigne est incontestablement contagieuse. Elle peut aussi se développer spontanément. Son développement est favorisé par un tempérament lymphatique, par la débilité, la misère, le défaut de soins de propreté, par la mauvaise nourriture, et l'habitation dans un lieu humide et malsain. Suivant M. Alibert, la teigne *faveuse* se remarque surtout chez les sujets blonds, roux, lymphatiques ; la teigne *granulée* se montre plutôt chez les enfants dont la peau est basanée ; la teigne *muqueuse* se voit fréquemment chez les sujets lymphatico-sanguins, dont la peau est fine et le visage coloré.

Le même auteur est disposé à croire que la disposition aux éruptions teigneuses peut se transmettre par voie d'hérédité.

La teigne occupe ordinairement le cuir chevelu; mais elle peut siéger aussi aux tempes, au front, au dos, aux lombes, etc.

Le début de l'éruption se manifeste par de très-petites pustules peu ou point élevées au-dessus du niveau de la peau, qui, dès leur apparition, présentent une petite croûte déprimée en godet, produit de la concrétion de l'humeur qu'elles contiennent. Cette croûte est souvent traversée par un poil, elle s'accroît peu à peu et acquiert un volume variable, suivant qu'elle reste isolée, ou qu'elle se confond par ses bords avec les croûtes voisines : elle est sèche, fortement adhérente, et comme enchâssée dans le tissu de la peau; si on veut l'enlever de vive force on excite de la douleur et on fait saigner les téguments, qu'on trouve au-dessous rouges et excoriés : ces excoriations, quand la maladie se prolonge et s'aggrave, peuvent s'étendre à une certaine profondeur. Les bulbes des poils s'enflamment et s'excorient, les cheveux deviennent grêles, décolorés, lanugineux et tombent; la surface de la peau demeure lisse et luisante dans la région dépouillée de cheveux. Chez les enfants, des poux pullulent quelquefois sous les croûtes et ajoutent encore aux démangeaisons vives que cause la maladie. L'humeur qui se concrète en croûtes répand une odeur fétide, qu'on a comparée à l'odeur de *souris*. Dans plusieurs cas d'inflammation très-vive les ganglions occipitaux et ceux du cou s'engorgent, deviennent douloureux, et de petits abcès se forment dans le tissu cellulaire sous-cutané. Souvent l'extension de l'inflammation détermine l'ophthalmie et le coryza, et ces complications peuvent développer un mouvement fébrile.

Les croûtes se dessèchent de plus en plus et se résolvent en une poussière d'un blanc jaunâtre sale à leur centre et à leur circonférence. Lorsqu'elles sont tombées on voit au-

dessous d'elles la peau privée d'épiderme, rouge, gercée, excoriée.

La durée de cette maladie est ordinairement fort longue, quelquefois elle résiste aux traitements les mieux combinés. Si la guérison s'opère, les croûtes se détachent et ne se renouvellent plus; la peau revient peu à peu à sa couleur naturelle; mais les cheveux tombés dont les bulbes ont été détruits ne repoussent plus.

Traitement. On a généralement abandonné la méthode barbare de la calotte, qui consistait dans l'application sur la tête (dont les cheveux avaient été coupés) d'emplâtres adhésifs qu'on enlevait ensuite en arrachant avec eux des portions d'épiderme, les bulbes des poils; on excoriait ainsi la peau, non sans produire beaucoup de douleur. On a substitué aujourd'hui à cette méthode cruelle la méthode *épilatoire* des frères Mahon, qui compte un grand nombre de succès. Dans cette méthode on commence par couper les cheveux à deux pouces du cuir chevelu; on provoque ensuite, par des applications émollientes, la chute des croûtes, puis on nettoie la peau par des lotions savonneuses. Après l'emploi de ces moyens préliminaires, on fait, tous les deux jours, sur les points affectés de teigne, des onctions avec une pommade composée de saindoux et d'une poudre épilatoire dont la composition est secrète, mais qui, d'après l'analyse faite par M. Chevalier, paraît devoir son activité à la chaux et au sous-carbonate de potasse qu'elle contient. Outre ces onctions, on sème de temps à autre sur le cuir chevelu (une fois par semaine, par exemple) une pincée de poudre épilatoire, et l'on peigne doucement les malades avec un peigne fin bien huilé, dans les jours intermédiaires aux onctions. La durée moyenne du traitement, par cette méthode, est de plusieurs mois au moins; elle a réussi dans des cas où toutes les autres, et même l'application de la calotte, avaient échoué. Elle ne cause point de douleur, n'offre point de danger quand elle est convenablement appliquée, et n'altère point l'organisation du cuir chevelu; elle n'empêche même pas les cheveux de repousser, lorsqu'elle est mise en usage à une époque où leurs bulbes ne sont pas fortement altérés. Il est évident, d'ailleurs, qu'elle n'est pas plus infaillible que les autres méthodes, et qu'elle échoue quelquefois (Gibert, *Manuel des maladies de la peau*).

VIe *Espèce.* LA VARIOLE.

La variole est une fièvre éruptive, éminemment contagieuse, qui donne lieu à des pustules, d'abord pointues, puis ombiliquées, et qui, après avoir suppuré pendant une fièvre secondaire de plusieurs jours, se dessèchent et se terminent par de petites cicatrices irrégulières vers le troisième, et quelquefois à la fin du quatrième septénaire.

Causes. La variole est contagieuse; elle se communique par le contact médiat ou immédiat. Le caractère contagieux se développe pendant la suppuration des pustules, et se conserve jusqu'à l'époque de leur dessiccation. Le pus d'une variole confluente peut en communiquer une qui sera discrète, *et vice versâ*.

La variole attaque tous les sexes et tous les âges; des fœtus, en naissant, en ont porté des traces manifestes.

Elle survient dans toutes les saisons et dans tous les climats.

Elle n'affecte ordinairement qu'une fois le même individu, mais on observe des exemples authentiques de récidive.

La variole est quelquefois sporadique, mais le plus ordinairement elle règne épidémiquement. Dans la plupart des cas elle commence à exercer ses ravages au printemps; elle règne pendant l'été et pendant l'automne et disparaît pendant l'hiver.

Symptômes. Nous diviserons en cinq périodes la description de la variole.

Première période. Incubation. La durée de cette période est assez variable; elle paraît être ordinairement de dix à vingt jours. Elle ne donne lieu, dans la plupart des cas, à aucun phénomène remarquable.

Deuxième période. Invasion. Des symptômes plus ou moins graves annoncent l'invasion. Souvent ce sont des frissons irréguliers, une chaleur plus ou moins vive, accompagnée soit de sueurs, soit, au contraire, de sécheresse de la peau. Le pouls est accéléré, le malade éprouve des lassitudes, des douleurs dans les membres, dans le dos, aux lombes, à l'épigastre; il y a des nausées et des vomissements; souvent le malade se plaint d'une céphalalgie fort vive; il est accablé, assoupi; et chez les enfants surtout on observe un état de somnolence, des réveils en sursaut, de l'insomnie et des cris plaintifs. Quelquefois la face est rouge et animée.

Dans d'autres circonstances on observe des bâillements, des inquiétudes, de la dyspnée; le cœur bat avec force et tumultueusement. Des douleurs vagues et une sensation de resserrement et de constriction se font sentir dans la poitrine.

D'autres fois les nausées et les vomissements sont fréquents; la soif est vive, la langue rouge sur les bords et à la pointe; le ventre douloureux à la pression, météorisé; et simultanément des symptômes cérébraux, tels que la stupeur et la prostration, peuvent apparaître.

Dans quelques cas graves, des ecchymoses diffuses ou des taches violacées, circonscrites, apparaissent, avant l'éruption, sur la peau et à l'origine des membranes muqueuses. Des

hémorragies passives ont lieu par diverses voies.

Le plus souvent ces premiers accidents cessent ou se calment, lorsque l'éruption apparaît et se développe régulièrement ; mais ils peuvent persister, et durer pendant toute la maladie. Quand ils persistent, ils annoncent un danger déjà imminent.

Troisième période. Éruption. Du deuxième au troisième jour de l'invasion, on voit se développer de petites élevures, comme papuleuses, au-dessus du niveau de la peau. Elles sont très-nombreuses à la face, rapprochées ou confondues par leur circonférence, ou disposées en groupes. Elles offrent, en général, une teinte légèrement violacée.

Dans les varioles graves, l'éruption est quelquefois précédée d'une rougeur érythémateuse très-étendue, soit à la face, soit sur le tronc. Les pustules se développent sur toutes les régions du corps, dans la bouche, le pharynx, le larynx, etc. La face et le cou se gonflent comme dans l'érésipèle, la gorge est douloureuse, la déglutition difficile ; la membrane muqueuse de la bouche est injectée et parsemée de points blancs, isolés ou rapprochés. Une toux, d'abord rauque, puis sèche, aiguë, douloureuse et déchirante, survient, accompagnée d'une altération de la voix de plus en plus grave.

Dans les varioles bénignes, l'éruption s'annonce par de petits points isolés, distincts, semblables à des morsures de puces, sur les lèvres, puis sur la face, sur le menton, le cou, la poitrine, le ventre et les membres. Le lendemain ces élevures se multiplient, sont plus proéminentes et comme papuleuses ; leur sommet devient ensuite vésiculeux et transparent, et le troisième et le quatrième jour de l'éruption, les élevures passent à l'état de pustules, et la suppuration commence.

Quatrième période. Suppuration. Alors les pustules augmentent de volume et offrent bientôt à leur sommet une sorte d'aplatissement suivi d'une *dépression ombiliquée.* On voit qu'à cette époque les pustules contiennent un peu de sérosité et un petit disque de substance blanchâtre qui, d'abord molle, acquiert ensuite plus de consistance. Dès le troisième jour de l'éruption, la dépression centrale est très-marquée dans le plus grand nombre des pustules; leur forme ombiliquée devient de plus en plus prononcée, à mesure qu'elles augmentent de volume et que la période de suppuration approche ; elles sont blanchâtres et entourées d'une auréole rouge ou d'un rouge vineux : lorsque les pustules sont cohérentes ou en groupes, on voit rarement ces dépressions. Dès le second ou le troisième jour la face est couverte d'une large pellicule blanchâtre sous-épidermique, sorte d'exsudation membraneuse, semblable à celle que l'on observe dans les pustules isolées.

Au huitième jour de l'existence de l'éruption, la suppuration est bien établie. Du huitième au douzième jour dans l'intervalle desquels la suppuration suit son cours, on n'observe rien de particulier.

En même temps que les pustules apparaissent sur la peau, on en observe sur la membrane muqueuse des lèvres, sur la langue, sur le palais, à la partie interne des joues, à l'ouverture du larynx. Je doute que les pustules se développent plus profondément. Des pustules peuvent aussi se montrer sur l'œil et entraîner la perte de cet organe.

Comme nous l'avons déjà dit, la fièvre cesse ordinairement au début de l'éruption. Mais elle peut se rallumer au moment où les pustules sont en pleine suppuration, et des accidents graves peuvent survenir qui entraînent la mort des malades. La mort peut être alors le résultat de l'absorption de la matière purulente contenue dans les pustules.

Un ptyalisme très-abondant peut se manifester à l'époque de l'existence de pustules. Ce ptyalisme a été considéré par Sydenham comme un événement très-heureux. Nous considérons ce phénomène comme le résultat d'un travail inflammatoire, déterminé par la présence des pustules, travail inflammatoire qui peut avoir des suites très-fâcheuses.

Cinquième période. Dessiccation. Presque toujours elle commence à la face, et cette partie est souvent entièrement couverte de croûtes, que les pustules des membres inférieurs sont à peine arrivées à leur maturité.

Alors la tuméfaction diminue, les pustules se dessèchent, et toute la face semble couverte d'une seule pustule. Alors aussi les traits du visage sont masqués par une incrustation brunâtre, épaisse, qui tombe du cinquième au sixième jour à dater de sa formation, et qui est remplacée par des écailles qui se renouvellent plusieurs fois. Dans les varioles très-confluentes, ces croûtes sont plus humides. Les malades éprouvent un sentiment de tension et de douleur jusqu'à la chute des croûtes qui couvrent le visage, et qui arrive du quinzième au vingtième jour de la maladie. Souvent les pustules s'ulcèrent, et quand l'ulcération s'étend en surface et attaque l'épaisseur du derme, elle est suivie de cicatrices difformes.

La formation des croûtes est accompagnée d'une démangeaison assez vive et qui excite le malade à se gratter.

Quand les croûtes sont tombées, il reste sur les surfaces qu'elles recouvraient une teinte rouge vineux qui ne disparaît que lentement, et qui rend les cicatrices de plus en plus apparentes. Ces cicatrices sont toujours plus apparentes à la face que sur les autres ré-

gions du corps, et quelquefois elles y forment de véritables brides et des coutures qui traversent le visage et le défigurent horriblement.

Telle est la marche, tels sont les symptômes de la variole régulière. Mais cette maladie peut présenter dans sa marche et dans ses symptômes des désordres qui constituent la *variole irrégulière*. Ces désordres ou ces irrégularités sont très-importants à connaître, puisque c'est quand ils existent que le médecin doit agir et peut les combattre.

Les causes de ces désordres doivent être cherchées dans la peau et hors de la peau. Ainsi, dans la peau, l'inflammation peut être beaucoup trop intense, d'où fièvre violente qui ne diminue pas, quoique l'éruption apparaisse, et qui accompagne la variole pendant toutes ses périodes.

Au lieu d'être trop forte, l'inflammation peut être trop faible; d'où résulte que la marche de la maladie est entravée, que l'éruption se fait mal, et que tous les efforts du médecin doivent tendre à favoriser son développement.

Dans quelques circonstances la variole marche irrégulièrement d'une autre manière. Ainsi, il peut arriver que les vésicules, au lieu de se remplir de pus, restent pleines de sérosité. Dans ces cas on appelle les pustules *cristallines*, et cette circonstance rend le pronostic très-grave. D'autres fois les pustules présentent des croûtes qui ont l'aspect de verrues, d'où le nom de *verruqueuses* qui leur a été donné. Dans d'autres cas, les pustules ressemblent à celles de l'impétigo, dans d'autres à celles du pemphigus. Les pustules peuvent être remplies de sang (pustules sanguines), c'est le cas le plus grave. Enfin les pustules étant bien arrivées à la période de suppuration se flétrissent et se vident sans avoir été percées. Il y a alors résorption du pus, et ce phénomène est, dans le plus grand nombre des cas, du plus fâcheux augure, et produit des accidents souvent mortels.

Voilà autant de cas pris dans la peau elle-même, qui rendent la variole irrégulière.

Hors de la peau, l'irrégularité de la variole peut dépendre de beaucoup de causes. La constitution des individus en est une des plus influentes. Ainsi, par exemple, un état hypersthénique est une condition défavorable quand la variole fait invasion. Il en est de même de l'état pléthorique. Dans l'asthénie les pustules n'arrivent pas à la suppuration, et c'est d'un mauvais présage. C'est dans des circonstances semblables que des pétéchies peuvent survenir. Il en est de même quand les malades sont placés dans un air humide ou insuffisamment renouvelé.

La variole est une des maladies qui occasionnent le plus de désordres nerveux. Ainsi, par exemple, le vomissement est un phénomène fréquent dans cette maladie, et ce vomissement est bien un phénomène nerveux qui n'est nullement en rapport avec des lésions anatomiques. C'est un vomissement analogue à celui qui est produit par l'introduction, dans l'économie, de substances délétères.

L'estomac n'est pas le seul organe qui présente des désordres. Souvent vous observerez une dyspnée remarquable, et l'auscultation ne vous démontrera aucune lésion. Si les individus succombent et que vous en fassiez l'autopsie, vous ne trouverez rien chez eux, pas plus que chez les cholériques qui ont présenté de la dyspnée.

La variole peut présenter trois complications principales : 1° la gastro-entérite ; 2° la pneumonie lobaire ou lobulaire ; 3° le mal de gorge. Le malade peut succomber à un mal de gorge, par l'occlusion du passage de l'air. Des fausses membranes peuvent se former dans les voies aériennes, et les malades périr présentant tous les symptômes du croup. La phlébite et aussi une terrible complication de la variole. Plus d'une fois j'ai eu occasion de faire l'autopsie de varioleux qui avaient des collections purulentes dans le foie, la rate, le poumon.

Ces complications peuvent survenir pendant la période d'invasion, ce qui est le cas le plus rare, pendant la période d'éruption et pendant celle de suppuration.

La variole peut être bénigne par deux circonstances, 1° par le fait de la vaccination. 2° par le fait d'une seconde éruption de variole sur un individu.

Il faut donc admettre que la vaccine légitime et de bonne nature a la propriété de modifier la variole, puisque quand elle survient sur un sujet vacciné, elle a perdu quelques uns de ses caractères. On l'appelle alors *varioloïde*.

L'invasion de cette varioloïde est la même que celle de la variole ; elle peut même présenter dans cette période des symptômes très-graves. Maintenant l'éruption de la varioloïde a-t-elle des caractères qui puissent la distinguer de la variole ? Oui, dans un certain nombre de cas. Dans la varioloïde, en effet, les pustules sont moins grandes, elles ont une forme conique et non ombiliquées. Cependant il ne faut pas attacher trop d'importance à ces caractères, pas plus qu'à ceux tirés du nombre des pustules.

Le meilleur caractère qui puisse distingue ces deux affections l'une de l'autre se tire de la durée de la période de suppuration. Au septième jour, en effet, les pustules sont parfaitement développées ; au huitième ou au neuvième jour tout a disparu.

En est-il de même dans tous les cas ? Non assurément. J'ai vu des individus portant au

bras des traces de la vaccine la plus franche, et qui ont été atteints d'une variole terrible qui s'est terminée par la mort. Ces cas sont heureusement très-rares. En 1822 et 1825 il survint une épidémie meurtrière de variole, qui montra combien la vaccine a perdu de son empire.

La variole terminée peut laisser à sa suite d'abord des cicatrices au visage, plus ou moins hideuses, puis des abcès sous-cutanés dont les récidives peuvent être si fréquentes que le malade succombe. J'ai vu des cas de variole suivis de décollement de la peau dans une grande étendue; elle peut déterminer des furoncles, des ophthalmies qui entraînent la perte de l'œil par suppuration, des otites, etc.

Traitement. Si la variole est simple, il faut prescrire une diète rigoureuse, laver souvent les yeux, gargariser la bouche et mettre de la poudre de lycopode dans les plis de la peau. On aura soin d'entretenir la pureté de l'air autour du malade, et on lui donnera quelques bains après la période de dessiccation.

Quelques praticiens saignent les malades dans la fièvre d'invasion. Mais il est difficile de prédire par cette fièvre d'invasion, si on doit avoir affaire à la variole. Je vous ai dit, en effet, que rien ne ressemblait plus aux prodrômes d'une fièvre typhoïde, que la periode d'invasion de la variole. J'ai moi-même saigné dans cette période d'invasion, mais je n'en ai retiré aucun avantage.

D'autres praticiens purgent leurs malades pendant la fièvre d'invasion. Il en est qui appliquent des vésicatoires aux cuisses et aux parties inférieures, pour détourner l'éruption de la face et des membranes muqueuses.

La cautérisation des pustules a été préconisée par des médecins recommandables. Pour la pratiquer, on ouvre les vésicules et on cautérise. Pour ma part, je pense qu'on peut cautériser les vésicules qui entourent les paupières, lorsqu'elles sont nombreuses et qu'elles menacent l'œil. On peut encore, à mon avis, cautériser le fond de la gorge pour éviter la formation de fausses membranes.

Lorsqu'il existe des inflammations intercurrentes, mon opinion est qu'il faut les attaquer d'une manière franche et rapide. Ainsi dans ma pratique, j'attaque l'inflammation interne, comme s'il n'existait rien à la peau.

Quand la réaction est trop forte, on peut faire usage des bains tièdes. Si, au contraire, la réaction est trop faible, il faut employer les toniques et les aromatiques. Ainsi on pourra faire usage de la sauge, de l'angélique, de la camomille, du vin étendu d'eau, des bains chauds; on pourra appliquer des vésicatoires, des sinapismes.

Il existe des cas où l'individu varioleux est frappé d'une exagération singulière de la sensibilité. Alors on peut avoir recours aux narcotiques, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

Dans la convalescence on prescrira avec avantage un ou deux purgatifs. J'y manque rarement dans ma pratique, et je les crois plus avantageux dans la variole que dans la rougeole.

Ce serait ici le cas de parler de la *vaccine;* mais je ne veux pas sortir de notre cadre. Cette opération appartient à la chirurgie, et doit naturellement trouver sa place dans le cours de pathologie externe.

ÉRUPTIONS VARIOLIQUES.

(M. Rayer a publié sous ce titre, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, un article qui résume les opinions de ce praticien, opinions dont quelques-unes sont en opposition avec celles de M. Andral. Le lecteur pourra lui-même apprécier cette dissidence par le rapprochement des opinions de M. Rayer.)

Je comprends, dit-il, sous le nom d'éruptions varioliques, plusieurs inflammations cutanées, vésiculeuses ou pustuleuses, aiguës et contagieuses, que l'analogie de leur développement et de leur marche, et surtout leur association constante, lorsque la variole se montre sous forme épidémique, ou leur reproduction l'une par l'autre, autorisent à regarder comme les effets d'une même *contagion.* Ces éruptions ont entre elles plus de ressemblance et de rapports naturels que d'autres maladies dont l'identité d'origine n'est pas contestée, que les syphilides, par exemple.

§ I. Les éruptions varioliques peuvent être rangées dans deux séries. L'une comprend les varioles *pures* et *légitimes,* qui constituent le type du genre; les autres paraissent en être des modifications : ce sont les *varicelles* qui peuvent se montrer sous cinq formes principales, le plus souvent combinées : 1° la varicelle *pustuleuse ombiliquée* ou *varioloïde :* 2° la varicelle *pustuleuse conoïde;* 3° la varicelle *pustuleuse globuleuse;* 4° la varicelle *papuleuse;* 5° la varicelle *vésiculeuse* (chicken-pox). La consanguinité de ces affections ou leur origine d'une même source est prouvée par les faits suivants : 1° quand une épidémie variolique se déclare, les individus qui n'ont eu ni la variole ni la vaccine, sont presque inévitablement atteints de la variole *pure* ou *légitime,* caractérisée par l'éruption de pustules ombiliquées et le développement d'une fièvre secondaire. Chez d'autres, et ce sont presque toujours des variolés, des inoculés ou des vaccinés, on observe bien les pustules ombiliquées de la variole, mais à la fin du premier septénaire, il n'y a ni *période*

de suppuration ni fièvre secondaire (varioloïde). Chez quelques autres, indépendamment de ce changement dans la marche et la durée de la maladie, la forme et la structure des pustules sont modifiées (*varicelle pustuleuse conoïde, varicelle pustuleuse globuleuse*); chez quelques-uns l'apparence de l'éruption est encore plus altérée : ce sont des *papules* ou de véritables *vésicules* qu'on observe à la peau (*varicelle papuleuse,* et *varicelle vésiculeuse*); enfin chez un très-petit nombre d'individus, la maladie se déclare par les mêmes symptômes généraux et marche sans *éruption* (*fièvre varioleuse*).

Cette manifestation ou plutôt cette association de la variole, de la varioloïde et des autres variétés de varicelle, dans toutes les épidémies varioliques, a été constatée en Écosse en 1818, en Angleterre en 1822, 1823, 1824, 1825; à Philadelphie en 1824, à Montpellier en 1819, à Paris en 1825, à Marseille en 1828, etc. Dans l'épidémie de Paris (1824), la variole régna en juillet et en août, et la varioloïde et les autres varicelles, en septembre; en 1825, il y eut des varioloïdes et des varicelles pendant toute l'épidémie; mais elles furent plus abondantes en octobre quand la variole devint plus rare : une seule cause, l'influence épidémique, développait ces diverses éruptions; on les observait dans les mêmes quartiers, dans les mêmes rues, dans la même maison; si la maladie venait à se déclarer dans une famille nombreuse, les uns étaient atteints de la variole, quelques autres de la varioloïde, et d'autres de la varicelle vésiculeuse.

2° Il n'existe pas d'épidémie de varicelle sans variole ou sans varioloïde; ni d'épidémie variolique sans varicelle ou sans varioloïde; toutes sont l'effet d'une même constitution médicale. Quant à la proportion des diverses *espèces* d'éruption dans les épidémies varioliques, elle ne peut être appréciée faute de relations exactes. En effet, les médecins français n'avaient d'abord admis que deux espèces d'éruptions varioliques, la *variole* et la *varicelle,* les médecins anglais ont décrit les premiers deux variétés de varicelle, le *chicken-pox* et le *swine-pox*, auxquels ils ont successivement ajouté le *horn-pox*, le *pig-pox*, le *hives,* etc. Odier, et d'autres observateurs ont admis plusieurs espèces de varicelle sans en fixer le nombre; d'autres, Bérard et Lavit en particulier, ont considéré ces mêmes maladies comme des *anomalies de la variole;* enfin, ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a décrit avec soin une autre variété de la varicelle, la varioloïde; plus voisine de la variole légitime qu'aucune autre éruption; mais si la proportion des espèces ne peut être calculée, même pour un certain nombre d'épidémies récentes, leur association et leur développement par une même cause n'en sont pas moins incontestables.

3° Les épidémies varioliques sont quelquefois varicelleuses à leur début ou à leur cessation, et varioleuses entre ces deux époques.

4° On voit quelquefois sur un individu atteint d'une variole légitime, toutes les variétés de forme et d'aspect que peuvent présenter les éruptions varioliques, savoir : des pustules ombiliquées, des pustules globuleuses et conoïdes, des élevures papuleuses et des vésicules.

5° L'inoculation du pus variolique a quelquefois donné lieu au développement de la varicelle. Maxwell (William) prétend avoir obtenu, en inoculant le virus de la variole, des éruptions très-légères, sans fièvre, complétement desséchées le huitième jour, et qui n'ont pas laissé de cicatrices; Dézoteux et Valentin décrivent aussi une *variole inoculée* dite *courte espèce,* dont la durée est absolument la même que celle des varicelles, c'est-à-dire des éruptions dont la guérison avait lieu vers le huitième ou le neuvième jour sans *fièvre secondaire.*

6° Quant à la varicelle vésiculeuse (chicken-pox), celle dont la nature variolique a été le plus contestée, M. Thompson a prouvé par des faits, d'une part, que des personnes saines mises en contact avec des personnes actuellement affectées de cette espèce de varicelle, avaient contracté la variole, et de l'autre que la contagion de cette dernière affection avait développé le *chicken-pox.*

7° Sous le rapport des symptômes, dans la variole, la varioloïde et les autres varicelles, l'analogie est complète pendant l'incubation et le développement de l'éruption. En effet, si dans une éruption variolique les élevures passent dès le cinquième ou le sixième jour à la dessiccation, pour le plus grand nombre des médecins c'est une *varicelle;* s'ils ne s'éteignent qu'au septième ou huitième, c'est la *varioloïde;* s'ils suppurent pendant plusieurs jours, c'est la *variole.* La principale différence est dans la rapidité plus ou moins grande de la maladie, et ce n'est pas là une différence essentielle; car la variole confluente, la variole discrète et la variole inoculée, n'ont pas absolument la même marche, et surtout la même durée, et cependant elles sont bien évidemment de la même nature puisqu'elles naissent facilement les unes des autres.

8° Enfin, la variole, la varioloïde et les autres varicelles sont des effets variés d'une même cause, car elles peuvent naître toutes les unes des autres dans certaines conditions.

§ II. Cependant quelques auteurs persistent à vouloir séparer plusieurs de ces éruptions de la variole. Ils étayent leur opinion d'assertions et de faits que je reproduis ici :

1° Dans une épidémie de variole il est très-

difficile de préciser si le développement de cette affection chez les individus mis en contact avec d'autres qui sont atteints de la varicelle, est plutôt le résultat de cette communication que de l'infection variolique qui développe alors la maladie de tous les côtés.

2° La varicelle vésiculeuse ne se transmet pas par inoculation, et ne développe jamais la variole.

3° Les personnes qui regardent la varicelle comme contagieuse ont confondu cette affection avec la varioloïde ou variole modifiée.

4° La varicelle se développe chez des personnes non vaccinées et qui n'ont jamais eu la variole ; et on ne peut la regarder alors comme une variole modifiée par l'existence antérieure, soit de cette maladie, soit de la vaccine.

5° La vaccination, pratiquée peu de temps après la disparition de la varicelle, poursuit sa marche de la manière la plus régulière, ce qui n'arrive jamais lorsqu'on vaccine après la variole.

6° La marche de la varicelle est toujours la même, soit qu'elle se développe avant, soit qu'elle se montre après la vaccination ou la variole.

7° La variole règne souvent épidémiquement sans être accompagnée de la varicelle, et d'un autre côté cette dernière affection peut aussi régner d'une manière épidémique, sans être accompagnée de la première. Ainsi, de 1810 à 1825 il n'y a pas eu de petite vérole à Copenhague, et cependant M. Mæhl assure que la varicelle s'y est montrée chaque année.

8° Enfin les caractères de l'éruption et les symptômes de la varicelle diffèrent essentiellement de ceux de la variole.

§ III. Je reprends une à une ces objections.

1° Ce n'est point seulement dans une épidémie variolique, mais dans d'autres conditions, ce qui rend le fait plus concluant et sans réplique, qu'on a vu le *chicken-pox* donner lieu à la variole. « Aucun exemple de petite vérole ne s'était montré dans cette ville (Kirreimeur) depuis neuf ans ; l'hiver dernier, un petit vagabond revient d'une maison d'un village voisin où régnait la petite vérole : l'enfant lui-même avait été vacciné quelques années auparavant. A son retour il fut saisi de symptômes fébriles, et resta deux ou trois jours au lit ; après quoi parut une éruption semblable au *chicken-pox*. Aussitôt la fièvre cessa, et deux ou trois jours après, il se leva pour aller à un marché de bestiaux, sans qu'il lui en arrivât malheur. Une semaine après, un des enfants de son maître fut malade et passa par toutes les phases régulières de la variole bénigne ; puis un second enfant, de la même manière ; un troisième eut ensuite son tour ; mais celui-ci eut une variole confluente qui ne fut pas sans danger ; un quatrième lui succéda et fut un peu plus malade que les deux premiers ; enfin un cinquième, âgé de cinq ans, fut atteint de ce que j'appellerais, sans hésiter, un *chicken-pox*, si je n'avais vu les cas précédents ; car la maladie se passa avec peu ou point de fièvre, et les pustules étaient pleines d'une *humeur aqueuse* qui ne fut pas convertie en la matière purulente de la petite vérole. Aucun de ces enfants n'avait été vacciné. (Thomson John, *an Account on the varioloid epidemie, etc.*)

2° La seconde objection n'est pas plus exacte. En effet, les résultats des expériences tentées jusqu'à ce jour sur l'inoculation des varicelles, peuvent être rattachés à trois groupes.

1° Le *premier* comprend les cas où l'inoculation est restée sans effet, et ce sont les plus nombreux : ils sont rapportés par Brasdor, Thouret, Fréteau, Corvisart, Valentin, etc.

2° Le *second* comprend les cas où l'inoculation a été suivie d'une éruption locale, et ils ont été rapportés par Willan, Fontaneilles, etc.

3° L'inoculation de la varicelle a eu pour effet une *éruption générale* dans des cas rapportés par Dimsdale, par Mumsen, par Heim, par Salmon et Willan, etc.

Il est vrai que l'humeur du chicken-pox, inoculée par piqûre, ne donne jamais lieu à la variole ; mais cette circonstance ne peut détruire le fait précédent, dans lequel l'inoculation s'est faite par une autre voie ; d'ailleurs l'humeur séreuse des pustules de la variole, non encore parvenues à leur état, ne produit pas toujours la variole, et ce fait ne détruit pas leur nature variolique, déjà incontestable à cette période. En outre, est-il démontré que l'humeur des pustules conoïdes et globuleuses, et celle des vésicules qu'on observe sur quelques points de la surface du corps des variolés transmettent la variole avec la même énergie que l'humeur des pustules ombiliquées ?

4° Dire que les personnes qui regardent la varicelle *vésiculeuse* comme contagieuse ont confondu cette maladie avec la varioloïde, c'est contester le fait de la contagion du *chicken-pox*, constaté expérimentalement, et supposer gratuitement une erreur de diagnostic.

5° Si la varicelle se montre chez des personnes non vaccinées, ce fait n'est pas plus extraordinaire que le développement bien constaté de la varioloïde, dont la nature variolique n'est pas contestée, chez des individus qui n'ont été ni vaccinés, ni inoculés, ni variolés.

6° Sans doute la vaccination pratiquée après le *chicken-pox* est le plus souvent suivie d'une vaccine régulière ; mais est-il bien démontré que les varicellés contractent la vaccine et la variole aussi facilement que ceux qui n'ont point été atteints du *chicken-pox ?* Dans une épidémie variolique, les individus atteints de

la varicelle contractent rarement la variole ; pourquoi ? D'un autre côté, il est inexact d'avancer que la vaccine ne peut jamais se développer chez un variolé ou chez un individu qui a eu la varioloïde ?

7° De ce que la marche de la varicelle est toujours la même, soit qu'elle se développe avant ou après la variole, qu'en conclure ? La marche de la varioloïde inoculée ou contractée dans une épidémie par un individu qui n'a éprouvé ni la variole, ni la vaccine, n'est-elle pas la même que celle des varioloïdes observées chez des vaccinés?

Je conteste, moi, formellement, que la variole règne souvent épidémiquement, sans être précédée, accompagnée ou suivie de varicelles. Quant aux épidémies de varicelles, indépendantes de la cause de la variole et de la varioloïde ; admises par Eichhorn et plusieurs autres, je n'en connais par une seule relation authentique ; toutes les épidémies ont été observées dans des constitutions médicales *varioliques :* ainsi dans l'épidémie de varicelle de Copenhague, décrite par M. Mæhl, si on n'observait pas de varioles, il existait des varioloïdes, l'épidémie de varicelle, décrite par M. Barnes, avait été précédée, plusieurs mois auparavant, de varioles légitimes, et il n'est pas démontré qu'il ne régnât pas de varioloïdes en même temps que le *chicken-pox.*

Dans l'épidémie de *varicelle* observée dans le bailliage norwégien de Smoolehnen, en 1819, par le docteur Fred. Holst, la maladie se manifesta chez des vaccinés ou des variolés; vers le même temps, une épidémie de variole régna dans le canton de Christiana ; dans l'épidémie de Milhau, la varicelle régna conjointement avec la variole, et cette connexion a été constatée dans un grand nombre d'épidémies.

8° Dire que les symptômes de la varicelle diffèrent *essentiellement* de ceux de la variole, c'est oublier que dans une foule de cas, et M. Bousquet en cite plusieurs exemples, la même éruption a été regardée par les uns comme une *varicelle,* et par d'autres comme une *variole*.

En résumé, aucune des objections proposées contre la théorie qui attribue à *une même cause* la production des varioles et des varicelles, ne me paraît solide ; aucune d'elles ne détruit le fait de l'origine commune des varioles et des varicelles, sous une même influence épidémique, et surtout celui du développement mutuel et réciproque des uns par les autres, dans certaines conditions.

Ve Genre. — PAPULEUSE.

Ire *Espèce.* LICHEN.

Le lichen est une maladie de la peau, ordinairement chronique, non contagieuse, caractérisée par de petites élevures pleines et solides, de la même couleur que la peau, ou légèrement rouges, presque toujours agglomérées, donnant lieu à des démangeaisons plus ou moins vives, et qui sont suivies, soit d'une légère desquamation, soit d'excoriations enflammées qui se recouvrent de légères concrétions.

Les *causes* de cette maladie sont souvent, comme celles de toutes les affections cutanées, fort obscures. Le lichen peut attaquer tous les âges et tous les sexes. L'action d'un soleil brûlant peut le produire, comme cela se voit sous les Tropiques (*lichen tropicus*).

Il faut distinguer dans le lichen plusieurs variétés.

1° *Lichen simplex,* caractérisé par de petites papules peu ou point enflammées, qui se révoltent en peu de jours, avec une légère desquamation furfuracée. Il peut se présenter sous la forme aiguë ou chronique. A l'état aigu, il occupe spécialement la face, le tronc; tandis qu'à l'état chronique il occupe les membres et la face dorsale des mains.

2° *Lichen agrius :* il est beaucoup plus grave. Il est caractérisé par des groupes de papules rouges et enflammées, réunies en grand nombre, accompagnées d'un prurit très-intense, souvent écorchées par les ongles des malades, ou qui s'excorient à leur sommet et exhalent une humeur qui se dessèche en petites concrétions croûteuses.

Cette variété se présente quelquefois sous la forme aiguë, et alors, au bout d'un à deux septénaires, les excoriations se sèchent, l'exhalation cesse, une simple desquamation furfuracée s'établit, la rougeur s'efface, et la peau revient plus ou moins promptement à son état naturel. Mais souvent il suit une marche tout à fait chronique. La peau reste rude et hérissée de petites papules acuminées, s'épaissit et s'exfolie. Plusieurs malades présentent sur le dos de la main ou des doigts, sur la face dorsale du poignet, sur les avant-bras, un ou plusieurs groupes de papules enflammées, suintantes, avec rougeur, dureté, gerçure de la peau. D'autres fois le *lichen agrius* occupe le visage; chez quelques malades il se montre sur les membres inférieurs, enfin chez quelques individus il devient général.

Traitement. Il ne diffère en rien de celui de l'eczéma. Le régime, les bains sulfureux, les toniques et les lotions aromatiques en font la base.

IIe *Epsèce.* PRURIGO.

Le prurigo est une affection de la peau non contagieuse, caractérisée par de petites papules sans changement de couleur à la peau, le plus souvent bornées à la face dorsale des membres et du tronc, et qui sont accompa-

gnées d'un prurit souvent insupportable, prurit qui occasionne des excoriations au sommet des papules, qui se recouvrent de petites croûtes noires de sang concret.

Causes. Les deux extrêmes de la vie, l'enfance ét la vieillesse, sont les âges dans lesquels le prurigo est le plus fréquent. La misère, la malpropreté, une mauvaise nourriture et un régime stimulant favorisent le développement du prurigo. Néanmoins il n'est pas rare de l'observer dans des conditions entièrement opposées. Quelquefois une émotion morale a suffi pour le développer. Il sévit plus particulièrement dans les saisons chaudes et variables.

Symptômes. L'éruption du prurigo a lieu par de petites papules prurigineuses, avec peu ou point de changement à la peau, faisant saillie à la surface du corps, et appréciables à la vue et au toucher, se montrant sur les épaules, sur les faces dorsale et externe des membres supérieurs, sur la nuque, et, dans les cas de maladies invétérées, sur presque toute l'étendue des téguments. Tantôt ces papules discrètes, isolées, sont petites, peu nombreuses, peu saillantes et accompagnées d'un prurit modéré; d'autres fois elles sont plus larges, plus saillantes, et accompagnées d'un prurit intolérable qui s'exaspère surtout le soir et la nuit, et qui force quelques malades à employer tous les moyens possibles de frottement.

Si la maladie est bénigne et accidentelle, elle peut se terminer en deux ou trois septénaires. Les papules s'effacent sans laisser de traces de leur existence, ou en s'accompagnant d'une très-légère desquamation furfuracée. Dans d'autres circonstances où la maladie est très-intense, elle s'invétère et se prolonge pendant des mois, des années, et même pendant un temps indéfini. Alors les papules deviennent dures, larges, saillantes, accompagnées d'un épaississement rugueux très-marqué de la peau. Dans ce cas, une éruption de nouvelles papules a lieu de temps à autre, suivie d'exacerbations plus ou moins intenses.

Variétés. D'après Bateman on doit distinguer dans le prurigo les variétés suivantes :

1° Le prurigo *mitis*, qui est caractérisé par de petites papules discrètes et peu saillantes, accompagnées d'un prurit plus ou moins incommode, mais en général modéré et temporaire. Il se montre particulièrement au printemps et dans l'été chez les jeunes sujets dont la peau est fine et délicate, et peut alors ne constituer qu'une affection passagère et bénigne.

2° Le prurigo *formicans,* ainsi nommé à cause de la sensation de *fourmillement* qui l'accompagne souvent; celui-ci attaque de préférence les adultes et les vieillards, se manifeste par des papules plus larges et plus saillantes qui excitent un prurit intense et parfois intolérable. C'est surtout cette variété qui est sujette à récidiver ou à se perpétuer, et qui présente, en général, une ténacité qu'on n'observe pas dans la précédente.

3° Le prurigo *senilis* et *pedicularis* revêt souvent cette forme et empoisonne alors le reste de l'existence. Il s'accompagne chez plusieurs vieillards de la présence d'insectes, ordinairement de genre *pediculus* (*poux*) qui se reproduisent et se multiplient avec une extrême facilité ; à cet état, il est souvent incurable, et constitue toujours une affection fort pénible.

4° Le prurigo *partiel,* qui peut se développer sur plusieurs parties et qui, suivant son siége, prend les noms de prurigo *pudendi muliebris, scroti, præputii,* etc. Le prurigo des parties génitales est le plus douloureux de tous; en voici une peinture très-énergique d'après Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis,* in-4°, page 449).

« Cette affection attaque particulièrement les adultes et ceux qui ont passé l'âge de la puberté, les individus qui, doués d'un appétit vénérien très-prononcé, vivent dans la continence et la chasteté. Les femmes en sont aussi quelquefois atteintes, mais dans un âge plus mur. Au commencement, la maladie se présente sous un aspect assez bénin, et ne cause que de la démangeaison; mais, plus tard, tant chez les hommes que chez les femmes, surgit une ardeur incroyable pour les plaisirs vénériens. C'est en vain que la morale et la pudeur résistent à ces désirs ; la main se porte involontairement vers les parties irritées, le frottement ajoute encore au prurit..... *et animus ipse in partem operis venit cum artuum tremore et palpitatione.* Il y a des heures de rémission pendant lesquelles les malades jouissent de quelque tranquillité, mais le mal se produit par accès qui se montrent surtout la nuit. Les relations familières qui existent entre les personnes de sexe différent contribuent beaucoup à entretenir ces paroxysmes. Le vin, les épices, le café, les spiritueux accroissent les accidents, tellement même, que j'ai connu des hommes qui n'étaient en proie à ce tourment que lorsqu'une semblable cause venait le provoquer : aussi, instruits par l'expérience, ils évitaient soigneusement l'usage des excitants. Le mal faisant des progrès, les parties où il siége se couvrent de taches jaunâtres ; le *scrotum* s'épaissit et devient rugueux ; il se rétracte singulièrement pendant le paroxysme; il en est à peu près de même des grandes lèvres chez la femme. La fréquence des érections réagit sur le moral qu'enflamment des images passionnées. Les parties n'offrent pas précisé-

ment d'éruption *lichenoïde*, mais elles ont un épiderme rugueux d'où suinte une perspiration odorante dont le produit ne tache pas le linge et n'adhère pas aux doigts, mais rend la peau onctueuse au toucher. A mesure que la maladie s'accroît, le prurit devient de plus en plus insupportable, les paroxysmes redoublent de force et de fréquence, si bien que le malade, perdant toute retenue, ne saurait s'empêcher de se gratter, même en présence d'un roi! Souvent, dans l'intervalle même des paroxysmes, la peau est le siége d'élancements douloureux, comme si elle était traversée par des aiguilles enflammées, et cette sensation pénible arrache des cris aux malades. La peau se gerce, se ride, se fendille ; elle est écorchée par les ongles du patient ; le moindre frottement lui fait exhaler un liquide odorant, et l'éréthisme vénérien devient continu. »

Traitement. On doit débuter par le traitement antiphlogistique lorsque la constitution est bonne, et que la maladie présente une certaine acuité. Ainsi au début du traitement on emploiera la saignée générale, la saignée locale quand l'affection est partielle, les boissons tempérantes, délayantes, relâchantes, légèrement acidules, les bains tièdes, les lotions ou les applications froides, etc.

Si la maladie résiste à ces premiers moyens, lorsque le sujet est plus avancé en âge, peu irritable, et dans des conditions de misère et de mauvais régime; s'il n'y a point de signes d'inflammation, on aura recours à des dérivatifs intérieurs, aux toniques, aux dépuratifs et à des toniques plus ou moins actifs.

Au reste, une foule de moyens ont été proposés contre le prurigo. C'est dans les ouvrages spéciaux sur les maladies de la peau que vous trouverez toutes les indications à ce sujet.

Ordre III. HÉMORRAGIES.

Les hémorragies de la peau doivent être considérées comme une véritable exhalation à travers les pores de la peau, exhalation qui peut se produire sous l'influence de causes très-diverses.

L'habitation dans des lieux élevés, sur le sommet de hautes montagnes, donne fréquemment lieu à des hémorragies cutanées. Ainsi M. de Humboldt rapporte que parmi les peuplades qui habitent les plateaux les plus élevés des Cordillières, règne à certaines époques une maladie épidémique caractérisée par des hémorragies de la peau. Chez ces individus le sang s'écoule par les parties où la peau est le plus fine, par les aisselles principalement. Les aéronautes qui s'élèvent à des hauteurs très-considérables sont également sujets à cette hémorragie cutanée.

Dans d'autres circonstances, l'hémorragie de la peau est tout à fait indépendante de ces causes. Ainsi on observe quelquefois une hémorragie des aisselles ou de la pulpe des doigts chez les femmes depuis longtemps privées de leurs règles. J'ai vu deux cas très-remarquables de ce phénomène : dans un, le sang coulait par la pulpe de l'index, dans l'autre, il sortait par la pulpe du médius.

Il y a une autre sorte d'hémorragie dans laquelle le sang au lieu de s'écouler au dehors, reste dans le derme lui-même, ou pour mieux dire dans le réseau muqueux qui est placé entre l'épiderme et le derme. C'est l'hémorragie *interstitielle*. Les taches qu'elle détermine ressemblent beaucoup à celles que déterminent les ecchymoses. Elles se montrent dans plusieurs variétés du typhus, dans la fièvre jaune et dans le scorbut. Dans tous ces cas l'hémorragie de la peau se perd au milieu des autres symptômes qui sont d'une bien plus grande importance.

Dans d'autres circonstances, l'hémorragie de la peau constitue à elle seule une maladie que les dermatographes ont depuis longtemps décrite sous le nom de *purpura*.

PURPURA.

Le purpura ou le *pourpre* est une hémorragie capillaire cutanée circonscrite, qui donne lieu à la formation de *taches* sanguines, rouges, livides, violacées ou même noirâtres, et tout à fait semblables aux ecchymoses. Ces taches, en général, petites et distinctes, semées sur les membres et sur le tronc, mais le plus souvent sur les membres inférieurs, sont produites par une extravasation de sang sous l'épiderme, dans les aréoles du derme, ou même aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles ne sont ordinairement accompagnées d'aucune chaleur, d'aucune douleur, d'aucun prurit ; elles n'ont pas de saillie, et suivent dans leur marche et leur coloration, la même marche et la même coloration qu'une ecchymose.

Dans un très-grand nombre de cas, la maladie est simple et ne donne lieu à aucun autre symptôme morbide; mais dans quelques autres elle est beaucoup plus grave. Elle peut donner lieu à des hémorragies dangereuses et même funestes, par les diverses surfaces exhalantes, et même dans la profondeur des viscères.

L'*étiologie* de cette affection est souvent complétement obscure. Ainsi elle survient tantôt dans des conditions de misère, de mauvaise nourriture, d'habitation malsaine, etc., tantôt dans des conditions entièrement opposées, chez des hommes jouissant de tous les avantages de la richesse, de la salubrité de l'habitation et d'une nourriture abondante et saine.

Ces considérations nous portent à croire que le purpura tient à une véritable maladie du sang, dont la nature nous est encore inconnue

Le purpura se présente sous deux formes principales : le *purpura simplex*, le *purpura hemorragica*.

1° *Purpura simplex*. Les enfants, les femmes, les individus faibles et soumis à des influences débilitantes, sont principalement sujets au *purpura simplex*. Il se caractérise par de petites taches rouges ou livides siégeant à la partie interne des jambes, des bras, sur la poitrine, etc. Ces taches sont fort analogues au piqûres de puces, dont elles ne diffèrent que par l'absence du point central. Leur étendue ne dépasse guère celle d'une lentille ; elles sont arrondies et restent isolées les unes des autres. Leur couleur, après être devenue successivement plus foncée, s'éclaircit peu à peu, passe au jaune et disparaît, comme une ecchymose, après quelques jours de durée, sans être suivie de desquamation ou d'aucun signe de son existence.

Ordinairement légère et ne s'accompagnant ni de fièvre ni d'aucun dérangement dans la santé, cette maladie a une durée indéterminée.

2° *Purpura hemorragica*. Dans cette espèce, les taches sont plus larges, plus nombreuses, plus foncées, plus irrégulières ; c'est surtout ici qu'on voit l'ecchymose s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et présenter l'aspect des meurtrissures violentes de cause externe. Elles sont en effet livides, brunes ou noires. Ce sont de véritables pétéchies qui bientôt augmentent en nombre, s'élargissent et se transforment en vastes taches rouges, jaunâtres, violettes.

Dans un grand nombre de cas, en même temps que ces taches se montrent à la peau, des hémorragies des membranes muqueuses apparaissent. Ainsi le sang peut s'écouler par le nez, la bouche, l'estomac, avec les urines, les selles. Il y a peu de temps, j'ai vu un jeune homme qui rendait au moins deux pintes de sang par jour avec les urines.

Cette maladie s'accompagne de désordres considérables, soit du côté du cerveau, tels que délire, convulsions, etc. ; soit du côté de la respiration et de la circulation, comme dyspnée, palpitations, etc.

La mort est la terminaison ordinaire de cette maladie.

Les autopsies, dans quelques cas, n'ont rien démontré. Dans d'autres cas, on a trouvé de larges ecchymoses dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, des infiltrations ou des épanchements de sang dans les cavités séreuses et dans le tissu des organes parenchymateux.

Traitement. On ne peut pas établir de règle absolue pour le traitement de cette affection. C'est surtout ici qu'il faut avoir égard à la constitution de l'individu, plutôt qu'aux causes qui ont déterminé l'apparition de l'hémorragie cutanée. Il faut le dire, les émissions sanguines ne font qu'attaquer l'écorce de la maladie. Cependant on peut les employer dans certains cas. On emploiera avec avantage l'eau de Seltz, les applications d'eau glacée sur tout le corps. On mettra en usage les aromatiques, les toniques et l'eau chlorurée.

IIe CLASSE. — MALADIES DE LA PEAU, CARACTÉRISÉES PAR UNE LÉSION DE SÉCRÉTION.

La peau présente des phénomènes de sécrétion, dont les produits sont solides, demi-solides, liquides ou gazeux. Chacune de ces sécrétions peut s'altérer et constituer un état morbide. La plupart de ces altérations sont du ressort de la pathologie externe. Nous ne nous occuperons ici que de celles qui sont relatives à notre objet.

1° *Altérations des sécrétions liquides.*

La perspiration cutanée peut diminuer ou augmenter, et dans certains cas cette diminution et cette augmentation peuvent être des phénomènes morbides. Ainsi la sueur, qui est un phénomène tout physiologique, peut, dans certains cas, devenir un phénomène pathologique. C'est ce qui arrive principalement pendant la durée de plusieurs maladies chroniques. Ainsi, l'existence de tubercules dans les poumons donne lieu, dans les derniers temps de la maladie, à des sueurs très-abondantes. Au contraire, dans certaines maladies de l'estomac, la peau devient trè-sèche.

Ordinairement, les altérations de la sueur ne sont qu'un symptôme, mais dans d'autres cas elles constituent à elles seules un phénomène morbide. Ainsi, par leur abondance excessive, les sueurs affaiblissent et épuisent les malades ; c'est ce qui arrive en général sur les individus faibles. Je vois une femme qui, depuis vingt-cinq ans, est sujette à des sueurs effroyables ; j'y remédie par lemploi des toniques et des astringents. Dans la convalescence de certains malades, cette sueur peut être assez abondante pour les faire tomber dans un grand état de faiblesse, et compromettre la guérison.

Nous avons vu que la sueur abondante était un symptôme très-remarquable dans la *suette*

2° *Altérations des sécrétions solides*. 1° *De l'épiderme.*

LA LÈPRE.

La lèpre est cette affection de la peau, désignée par M. Alibert sous le nom de dartre furfuracée arrondie (*Herpes furfuraceus circinnatus*), qui est caractérisé par des plaques squammeuses, toujours à forme arrondie, disposées en cercles ou en anneaux qui circonscrivent ordinairement un espace central où la peau conserve son intégrité, en sorte que

la surface cutanée est ainsi recouverte d'anneaux dont le cercle écailleux est formé par de petites plaques rosées à bords relevés et à centre déprimé, recouvertes de petites squammes minces et légères, d'un blanc argentin ou nacré, ordinairement assez adhérentes, tandis que l'intervalle de peau entouré par ce limbe circulaire, conserve son intégrité (Alibert, Gibert).

La lèpre peut aussi présenter un autre mode de développement; ainsi elle peut se former par de larges plaques orbiculaires dont le centre s'affaisse et devient sain, tandis que les bords restent relevés et squammeux.

Ordinairement elles commencent par de petites plaques squammeuses, qui se montrent aux coudes et aux genoux, et qui, dans ces régions, s'agglomèrent et se confondent de manière à former des plaques orbiculaires assez irrégulières. La maladie s'étend ensuite sur la face externe et postérieure des membres, sur le tronc, le cuir chevelu, sur la face même, quoique cette dernière région soit moins souvent que les autres le siége de la lèpre.

Ces plaques sont ordinairement sans douleur, et ne donnent lieu tout au plus, de temps en temps, qu'à un léger sentiment de prurit ou de fourmillement.

Les squammes qui recouvrent les plaques se détachent, se renouvellent un certain nombre de fois, puis cessent de se former. Les plaques qui leur succèdent restent rouges pendant un certain temps, s'affaissent et pâlissent, puis disparaissent, et la peau reprend son état d'intégrité.

C'est, en général, une maladie peu grave et qui ne donne lieu à aucun dérangement notable de la santé.

Traitement. Le traitement par les dépuratifs, les toniques et les purgatifs a souvent réussi. Quelques praticiens se sont bien trouvés des préparations arsénicales prises à l'intérieur, et de la teinture de cantharides.

LE PSORIASIS.

Le psoriasis (dartre squammeuse de M. Alibert) est caractérisé par des plaques qui apparaissent sous la forme de petits points rouges ou rosés, accompagnés, dans quelques cas, d'un sentiment de démangeaison ou de fourmillement plus ou moins incommode. Bientôt à leur centre apparaît une écaille légère. Ces points s'étendent, s'arrondissent et deviennent à peu près lenticulaires.

1re Variété. *Psoriasis guttata.* — Ces plaques lenticulaires peuvent rester ainsi isolées et semées à la surface du corps, comme les gouttes d'un liquide dont on aurait arrosé les téguments. Les squammes minces et blanches qui se forment à la surface des plaques, y sont ordinairement plus ou moins adhérentes; elles laissent après leur chute une surface rouge et proéminente, mais constamment sèche.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége du *psoriasis;* mais on l'observe surtout dans le sens de l'extension des articulations des membres, comme au coude et au genou, à la face externe et postérieure des membres, au dos. Dans quelques cas, la maladie est générale : d'autres fois elle est bornée à certaines régions, d'où plusieurs variétés de psoriasis d'après son siége.

2e Variété. *Psoriasis diffusa* (dartre squammeuse lichenoïde, Alibert). — Dans celle-ci la peau se couvre de plaques beaucoup plus étendues, de forme irrégulière, qui offrent, par la réunion de petites élévations qui se sont confondues en s'étendant, des surfaces rouges ou rosées, plus ou moins larges, occupant quelquefois presque toute l'étendue d'un membre, recouvertes de squammes blanches, plus ou moins épaisses et plus ou moins adhérentes.

3e Variété. *Psoriasis gyrata.* — Elle est très-rare. Les plaques squammeuses sont disposées en spirales plus ou moins étroites, qui se contournent sur le tronc ou sur les membres.

Les parties génitales des deux sexes peuvent être le siége du psoriasis partiel. Ainsi chez l'homme il peut siéger au prépuce. Cet organe est alors épaissi, gercé, rétréci, saignant quand on le tiraille, et recouvert de petites écailles minces et légères (*psoriasis præputialis*). Il en est de même du scrotum, et, chez la femme, des grandes lèvres.

Le *traitement* est le même que celui de la lèpre, dont plusieurs pathologistes n'ont fait qu'une variété.

PITHYRIASIS.

(*Dartre furfuracée volante* de M. Alibert.)

Affection cutanée superficielle, accompagnée quelquefois d'une légère coloration rosée de la peau, suivie d'une desquamation de l'épiderme, qui se détache en petites lamelles blanchâtres ou en molécules pulvérulentes (*farines*).

Cette maladie se montre au cuir chevelu, aux sourcils, au menton, etc. Elle peut envahir une plus ou moins grande étendue du corps.

On combat cette affection par des moyens analogues à ceux que nous avons indiqués par les deux affections précédentes.

ICHTHYOSE.

Maladie caractérisée par un aspect singulier de la peau. Elle offre, en effet, à un degré avancé, celui de la peau de poisson. S'il y a une maladie isolée de l'élément inflammatoire, c'est certainement l'ichthyose.

Elle peut être partielle ou générale. L'ichthyose partielle est peu importante et ne mérite pas de fixer notre attention. Mais l'ichthyose générale est très-grave. A la suite de son apparition, les grandes fonctions tombent dans un état de langueur remarquable; la respiration et la digestion sont troublées; les individus succombent sans qu'on puisse améliorer par aucun traitement leur horrible maladie.

On combat l'ichthyose partielle par les bains sulfureux et les douches sulfureuses. Aucun traitement n'est capable d'arrêter l'ichthyose générale.

3° *Altération de sécrétion des poils, des ongles, etc.*

Les maladies qui donnent lieu à l'altération de ces sécrétions sont spécialement décrites dans les cours de chirurgie. Observons qu'en général ces maladies ne sont point locales, et qu'elles résultent d'une altération générale de l'organisme. Ainsi, presque toujours l'altération des ongles se lie à une diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse, et souvent à une affection syphilitique.

4° *La matière colorante de la peau* peut être altérée dans sa sécrétion en plus ou en moins. Dans la race noire cette matière colorante peut disparaître en totalité, ou dans quelques parties seulement. De là, l'*albinisme* partiel ou général, qui se rencontre aussi quelquefois dans la race blanche.

Les opinions les plus récentes sur l'albinisme tendent à faire admettre qu'il dépend d'une déviation organique tenant à un défaut de développement, consistant dans la non sécrétion du *pigmentum nigrum* de la peau de l'iris et de la choroïde; défaut de sécrétion constituant un état de décoloration transmissible par voie d'hérédité, comme tous les états organiques, et qui ne peut être modifié et détruit que par une succession de croisements de races.

Chez le blanc, le *pigmentum nigrum* peut augmenter; de là une teinte plus noire de la peau, dont la cause productrice est complétement ignorée.

La sécrétion de ce *pigmentum* peut être pervertie. Alors, sur quelques points du corps, et à la face en particulier, on observe des taches grises ou jaunes, auxquelles on a donné le nom d'*éphélides*. Souvent leur durée est assez longue, et dans quelques cas elles ne s'effacent jamais.

AFFECTIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU.

Éléphantiasis des Grecs.

Maladie cutanée caractérisée par de petites tumeurs ou tubercules qui se montrent principalement à la face, aux oreilles, dans la bouche, aux membres, etc., susceptibles de persister fort longtemps à l'état d'induration, ou de se terminer par ulcération, rarement par résolution.

Cette maladie tuberculeuse donne lieu à une altération profonde de la peau, soit dans sa couleur, soit dans sa texture. Elle devient épaisse, rugueuse, grisâtre, livide, brunâtre, analogue à celle de l'éléphant.

L'éléphantiasis des Grecs est fort rare en Europe; il ne s'y observe guère que chez les individus qui ont fait des voyages maritimes ou dans quelques contrées chaudes de la Provence, de l'Espagne et du Portugal. Il est au contraire assez commun en Afrique, en Syrie, dans les Indes et dans nos colonies d'Amérique.

Il est fort contestable que cette maladie soit contagieuse, malgré l'opinion vulgaire, longtemps partagée par les médecins. Dans nos climats au moins on peut assurer qu'elle ne l'est pas.

La chaleur et l'humidité paraissent favoriser son développement. Il en est de même de la malpropreté, du défaut de soins, de la misère, etc. On a attribué sa production à l'usage des poissons corrompus, de poissons salés, de viandes salées et fumées, et surtout à celle du porc.

D'après les auteurs qui ont eu occasion d'observer cette maladie, elle consiste en une altération superficielle d'abord, puis de plus en plus profonde de la peau, qui se couvre de maculatures fauves, grisâtres ou brunâtres, puis s'engorge, s'épaissit, s'indure, devient grisâtre, bronzée, brunâtre, chez les Blancs, puis rugueuse, inégale, se hérisse de tubercules, de rides, de bourrelets hideux : ceux-ci, plus prononcés au visage que partout ailleurs, grossissent et déforment les traits, de manière à ce que la physionomie des malades a pu être comparée avec celle des satyres ou du lion, l'induration ou la tuméfaction des lèvres, des ailes du nez, de la peau du front, des oreilles, donnent véritablement au visage un aspect horrible.

Voici la description énergique qu'en donne Aretée :

« La maladie que l'on nomme éléphant et l'animal qui porte ce nom ont entre eux beaucoup de rapports communs, quant à leur forme ou apparence, leur couleur, leur grandeur, durée, et ne ressemblent, au reste, à nulle autre chose au monde, car il n'y a aucune autre affection pareille à celle-ci, comme il n'y a aucun animal qui ressemble à l'éléphant.... On donne aussi à cette maladie le nom de lion, à cause que le malade a le dessus des sourcils, comme il sera dit plus bas, froncé et rabattu comme cet animal. D'autres l'appellent satyriase, à cause de la rougeur des joues et de la lubricité extrême de celui qui en est attaqué; d'autres enfin, le mal d'Hercule,

parce que nul autre n'attaque avec plus de force et de vigueur. Cette maladie est, en effet, extrêmement violente, il n'y en a point qui tue plus énergiquement; son aspect est hideux et effrayant, comme celui de la bête à laquelle elle ressemble; elle fait périr d'autant plus inévitablement, que la cause qui la produit est celle de la mort même..... Cette maladie, toute funeste qu'elle est, ne présente néanmoins dans le commencement aucuns symptômes qui puissent la bien faire conjecturer; elle ne s'annonce point comme un mal nouveau et extraordinaire; elle ne se manifeste point sur la surface et les parties les plus apparentes du corps, afin qu'on ne puisse la signaler de bonne heure et s'opposer à ses progrès. Ce n'est souvent qu'après s'être glissé sourdement dans la profondeur des viscères, comme dans le *manoir de Pluton*, y avoir attisé un feu secret et s'être totalement emparé de l'intérieur, que le mal victorieux se présente au dehors et qu'il brille alors le plus souvent sur la figure, tel qu'un fanal qu'on aperçoit de loin; ou bien qu'il se manifeste sur les coudes ou les genoux, et sur les autres articulations des pieds et des mains. Ce qui contribue aussi à rendre cette maladie désespérée, c'est que le médecin ne la connaît pas d'abord, ou bien que la connaissant, il néglige d'employer les secours de l'art contre des commencements aussi faibles. Les malades, en effet, ne paraissent dans les premiers temps qu'un peu plus engourdis que de coutume, plus taciturnes, plus assoupis, un peu plus constipés; choses qui peuvent quelquefois arriver aux personnes qui se portent bien, et qui proviennent ordinairement d'une cause légère. A mesure que le mal augmente, leur haleine devient extrêmement fétide; l'air qu'ils attirent de la poitrine est infect..... Les urines deviennent épaisses, blanches, troubles, jumenteuses... Il paraît sur la peau des boutons ou tubercules épais, pleins d'aspérités, assez près les uns des autres, sans cependant se toucher; l'espace intermédiaire est rempli de scissures comme sur la peau de l'éléphant; les veines deviennent saillantes, non par l'abondance du sang, mais à cause de l'épaisseur de la peau. Bientôt après le mal se déclare plus ouvertement encore, et la surface du corps entière ne formant qu'une seule croûte, les poils tombent par toute la peau, aux mains, aux pieds, aux jambes, etc. Ceux du menton et des parties génitales deviennent extrêmement clairs, ainsi que les cheveux qui, chose qu'on aura peine à croire, blanchissent avant l'âge; mais peu après, la tête devient rapidement chauve et le menton et les parties naturelles entièrement rases, ou s'il reste quelques poils, ils causent plus de difformité que s'il n'en paraissait aucuns; toute la peau de la tête se crevasse, les rhagades qui s'y forment sont multipliées, profondes, inégales, pleines d'aspérités; la face se couvre de gros boutons durs, terminés en pointe, blancs à leur sommet et un peu jaunâtres à leur base, le pouls est lent, peu développé et paraît se mouvoir comme dans la boue; les veines des tempes se gonflent ainsi que celles du dessous de la langue, qui devient raboteuse et couverte de boutons semblables à des grains de grêle.... S'il arrive que le mal se porte de l'intérieur à la surface, on aperçoit d'abord en grande partie sur l'extrémité des doigts et sur les genoux des éruptions prurigineuses, qui causent une espèce de plaisir quand on les gratte; quelquefois elles paraissent au menton et y forment un chapelet, ou bien sur les joues qu'elles font paraître rouges et gonflées; les yeux deviennent ternes, caligineux, les sourcils protubérants, épais, glabres, pendants, et forment en se réunissant une tumeur extrêmement saillante, d'une couleur noire ou livide; le dessus des sourcils est fortement froncé et rabattu au point de couvrir la vue, ce qui fait que les malades ressemblent à une personne courroucée ou à un lion, d'où elle a reçu ce nom; mais si elle ressemble ou à un lion, ou à l'éléphant, on peut dire aussi qu'elle est semblable à la nuit obscure. Le dessus des yeux et les environs du nez sont gonflés, raboteux, couverts de tubercules noirâtres, les lèvres épaisses, protubérantes, le nez extrêmement difforme et gros. les dents, sans être blanches, le paraissent à cause de la noirceur des parties voisines; les oreilles sont d'un rouge qui tire sur le noir, obstruées, plus grandes que d'ordinaire, et donnant une idée de celles de l'éléphant; elles ont à leur base des ulcères d'où découle une matière ichoreuse, elles leur cuisent beaucoup; toute la surface du corps est sillonnée des crevasses rudes, inégales; ces crevasses sont profondes et ressemblent aux raies noires de la peau de l'éléphant, celles du talon et de la plante des pieds se prolongent jusqu'au milieu des orteils. A mesure que le mal fait des progrès, les élevures prurigineuses sur les joues, le menton, les doigts, les genoux s'ulcèrent; les ulcères qui s'y forment sont fétides, incurables; ils s'exaspèrent et s'adoucissent alternativement, et suspendent ainsi la mort des malades, jusqu'à ce qu'enfin le nez, les doigts, les pieds, les parties génitales, les mains tombent en putréfaction et se séparent du reste du corps; car ce mal cruel ne les délivre d'une vie honteuse et pleine de souffrances, qu'après les avoir entièrement mutilés, et sous ce rapport, ils semblent durer autant que la vie d'un éléphant.

Lorsque la douleur des parties affectées est encore récente, elle est bien plus vive, plus sévère et moins fixe; l'appétit des malades n'est pas entièrement émoussé, mais ils ne trouvent

aucun goût à leur nourriture; ils ne mangent, ni ne boivent avec plaisir, l'excès de leur mal fait qu'ils prennent tout en aversion, le corps dénué de nourriture s'atrophie; ils deviennent extrêmement lubriques, cette passion est portée chez eux jusqu'à la rage; ils éprouvent des lassitudes spontanées dans tous les membres, les plus petits n'en sont pas exempts; tout leur pèse et les accable; ils ne se trouvent bien, ni du bain, ni du défaut de bain, ni d'avoir mangé, ni d'être à jeun, ni du mouvement, ni du repos; le mal ne s'accommode de rien; ils ne dorment point et le peu de sommeil qu'ils prennent leur devient encore plus désagréable que l'état d'insomnie, à cause des rêves effrayants dont ce sommeil est accompagné; ils ne respirent qu'avec la plus grande difficulté; et souvent ils s'en trouvent suffoqués comme si on les étranglait; on en voit qui tombent dans un sommeil léthargique et qui passent de ce sommeil à la mort.

Les malheureux réduits à l'état dont nous venons de parler sont un objet d'horreur et d'aversion; leurs parents les plus proches n'osent les approcher et les fuient d'autant plus que ce mal est contagieux et qu'on craint de le gagner; c'est ce qui fait qu'il y en a beaucoup qui conduisent les personnes qui leur sont les plus chères dans les déserts ou au milieu des montagnes, où les uns prennent soin d'elles et les assistent le reste de leur vie; d'autres les abandonnent entièrement à leur propre sort, aimant mieux les voir périr que de les voir vivre dans un état semblable. »

Il n'est pas rare que le développement de cette maladie soit précédé de quelques phénomènes généraux, d'un état de langueur morale et physique qui va quelquefois jusqu'à l'idiotisme et l'abattement.

Le début de cette affection s'annonce par des taches légères qui changent la couleur naturelle de la peau, et qui la rendent fauve, bronzée; quelquefois luisante et comme vernissée; ces taches, quelquefois larges et irrégulières, sont, d'autres fois, petites et arrondies. Les fonctions de sensibilité de la peau sont quelquefois perdues sur les parties qui sont le siége de l'éruption; d'autres fois, au contraire elles sont exaltées.

Bientôt des tubercules apparaissent sur la peau à l'endroit même de la coloration. La face en est surtout le siége et prend une expression hideuse et terrible. La muqueuse des yeux, de la bouche, du larynx et du pharynx présente aussi des tubercules, d'où une altération de la voix, qui d'abord rauque, s'éteint tout à fait dans les derniers temps. A la longue la muqueuse digestive s'affecte elle-même, les follicules de Peyer se tuméfient et s'ulcèrent, d'où résultent des coliques et des diarrhées rebelles.

Les organes des sens sont successivement détruits; la fièvre s'allume, la respiration s'embarrasse, et la mort vient terminer les souffrances du malade.

Traitement. Il repose à peu près sur les mêmes principes que celui de certaines maladies cutanées dont j'ai déjà parlé. Il consiste dans l'emploi des bains de vapeurs, des émollients en lotions, des aromatiques et des excitants de la peau. A l'intérieur, on pourra donner différents sudorifiques et dépuratifs, tels que la salsepareille, le gaïac, la squine, le sassafras; la teinture de cantharides a été employée contre cette affection.

FRAMBOESIA.

Je ne fais qu'indiquer cette maladie, qui est extrêmement rare en Europe. Elle est commune en Afrique et se rencontre surtout chez les nègres. Cette affection a reçu son nom de sa ressemblance avec la framboise. Son traitement repose sur les mêmes règles que celles dont je vous ai parlé d'une manière générale.

MOLLUSCUM.

Affection extrêmement rare, dont le nom indique la ressemblance avec certains mollusques.

LUPUS.

(*Dartre rongeante; Esthiomène* de M. Alibert.)

C'est une maladie chronique de la peau, ayant le plus ordinairement son siége au visage, et caractérisée par le développement de tubercules larges et aplatis, d'un rouge obscur, qui s'ouvrent au bout d'un temps plus ou moins long, et se convertissent en ulcérations croûteuses rongeantes. Ces ulcérations s'étendent plus ou moins en surface et en profondeur, entraînent assez souvent la déformation ou la chute des cartilages du nez, et laissent dans les lieux qu'elles abandonnent pour ramper vers d'autres, des cicatrices inégales, labourées, irrégulières, assez analogues à celles qui succèdent aux brûlures.

Siége. Son siége le plus fréquent est la face; mais toutes les parties de la face n'en sont pas aussi souvent atteintes les unes que les autres. Ainsi, le plus ordinairement le lupus envahit le lobule du nez, les lèvres, les joues, le menton. On peut l'observer aussi sur les épaules, à la partie antérieure et postérieure du cou. Très-rarement il fait invasion sur les membres, et quand cela a lieu, c'est surtout autour des grandes articulations qu'on l'observe de préférence. Quelquefois il a envahi les mains et la face dorsale des pieds.

Causes. Les causes qui peuvent donner naissance au lupus sont en certain nombre et de nature différente. Ainsi nous reconnaissons quatre principales lésions comme causes du développement du lupus.

1° L'ulcération peut avoir été précédée de

tubercules devenant plus ou moins nombreux. Au bout d'un certain temps, ces tubercules, de secs qu'ils étaient, passent à un autre état; ils suintent, des croûtes se forment, la peau se fendille, les tubercules disparaissent, et l'ulcération commence. Voilà, dans ce cas, la maladie commençant par un turbercule.

2° On peut n'observer qu'une simple rougeur précédant l'ulcération ; c'est un érythème. A la suite de cet érythème apparaît l'ulcération, et la peau se fendille. Cet érythème est trompeur en ce qu'il semble n'annoncer rien de grave.

3° La peau, sous l'influence d'une modification de la nutrition, s'amincit au point qu'il arrive un moment où elle se fend; alors apparaît l'ulcération.

4° Une légère ulcération, qui paraît de peu d'importance et qui semble ne devoir donner lieu à aucune suite fâcheuse, survient dans les fosses nasales. Des croûtes se succèdent les unes aux autres. Le malade les arrache, elles reviennent sans cesse, jusqu'à ce qu'il se forme une ulcération grisâtre.

Dans tous ces cas divers on observe une tendance générale de la maladie à passer à l'état d'ulcération.

Le lupus s'étend en largeur et en profondeur. Les lèvres, les paupières peuvent disparaître, les cartilages et les os du nez peuvent être détruits; mais le lupus borne là ses ravages, il ne va pas plus loin : c'est là le caractère essentiel qui le distingue du cancer.

L'ulcération est lente ou rapide. On a vu des individus avoir des cartilages du nez détruits dans l'espace de quinze jours.

M. Biett a décrit une dartre rongeante avec hypertrophie (c'est une variété analogue à l'éléphantiasis pour la forme.

Il arrive souvent que la cicatrisation formée persiste pendant un certain temps, puis, que le lupus reparaît. Dans d'autres circonstances, la cicatrice persiste, et le lupus est guéri.

Le lupus abandonné à lui-même tend à s'étendre, c'est ce qui a lieu en effet. Sa guérison complète est rare.

Lorsque la guérison du lupus a eu lieu, ou lorsqu'il a quitté une surface pour s'étendre ou se porter sur d'autres parties, il laisse des cicatrices.

On a remarqué que le lupus est singulièrement influencé par l'apparition de l'érésipèle. En effet, l'érésipèle modifie tellement cette maladie, qu'il peut en hâter la guérison. La présence de l'érésipèle est certainement la condition la plus favorable pour la guérison de cette terrible affection. Il serait sans aucun doute avantageux, dans les cas de lupus, de pouvoir déterminer un érésipèle artificiel.

Le lupus atteint plus souvent les enfants que les adultes. Il est extrêmement rare après l'âge de quarante ans.

Les tempéraments scrofuleux sont les plus exposés à cette maladie. Quelques auteurs disent qu'elle est plus fréquente chez les habitants des campagnes, que chez ceux des villes, sans doute, disent-ils, à cause de l'alimentation qui est très-différente, et qui consiste, chez les paysans, surtout en fromages et en viandes salées.

Traitement. Il se divise en deux périodes; dans la première on emploie les émollients, dans la seconde les excitants.

Parmi les principaux agents thérapeutiques qui ont été et qui sont encore employés, on doit noter les suivants, qui paraissent jouir d'une certaine efficacité :

Le proto-iodure de mercure, depuis la dose d'un scrupule à un demi-gros uni avec une once d'axonge;

Le deuto-iodure de mercure, depuis la dose de douze grains jusqu'à un gros, également mêlé avec une once d'axonge.

M. Cazenave remplace l'un et l'autre de ces iodures de mercure par l'iodure de soufre à la dose de douze grains à un scrupule, incorporé dans une once d'axonge.

La cautérisation est fréquemment employée. Avant de la pratiquer, il faut préalablement employer les cataplasmes émollients pour faire tomber les croûtes lorqu'elles recouvrent le lupus. On emploie, pour pratiquer cette cautérisation, les caustiques suivants : le nitrate acide de mercure, dont on imprègne un petit pinceau que l'on promène sur l'éruption, le chlorure d'antimoine, la pâte arsénicale. Pour ma part, je préfère le nitrate acide de mercure. Dans ces derniers temps on a essayé la créosote. Mais on n'a pas encore retiré de ce médicament des résultats assez satisfaisants pour que nous devions y attacher quelque importance.

Ici nous devrions faire l'histoire du cancer de la peau ; mais le traitement de cette affection réclamant les secours de la chirurgie, c'est dans les cours et les ouvrages de pathologie externe que l'on trouvera ce qui concerne cette maladie.

Tel est en abrégé le tableau que je voulais vous présenter des différentes maladies de la peau. Vous trouverez le complément de cette étude dans les excellents ouvrages des dermatographes modernes. Mais avant de quitter ce sujet, je dois vous prévenir qu'une cause modificatrice puissante peut avoir de grandes influences, non pas sur la forme, mais sur la nature des maladies de la peau; cette cause c'est la syphilis. Ainsi la syphilis peut se traduire par une des formes des affections cutanées que nous venons d'examiner; de sorte qu'on admet aujourd'hui, 1° une syphilide *exanthématique* (roséole syphilitique); 2° une syphilide

vésiculeuse, très-rare; 3° une syphilide *bulleuse* (*rupia* syphilitique); 4° une syphilide *pustuleuse* (*ecthyma* syphilitique); 5° une syphilide *tuberculeuse;* 6° une syphilide *papuleuse*, *squammeuse* et *ulcéreuse*.

Les caractères qui font reconnaître la nature syphilitique de ces diverses formes de maladies cutanées, sont la *couleur cuivrée*, les *ulcérations* profondes, arrondies, à bords durs, calleux, taillés à pic; les *croûtes* épaisses, verdâtres, noirâtres; profondément enchâssées dans le derme qui recouvre quelquefois les ulcérations; les *cicatrices* inégales, tournées en spirales ou arrondies, blanches et déprimées. A ces caractères qui, il faut l'avouer, demandent un œil exercé et une longue habitude, il est important de réunir toutes les données que peuvent fournir les circonstances commémoratives, la préexistence de phénomènes locaux primitifs, la coexistence d'autres symptômes vénériens.

—

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Du rhumatisme.

J'entends par le mot *rhumatisme* une affection de nature inflammatoire pouvant occuper primitivement les tissus fibreux et musculaires, et consécutivement le tissu séreux.

Cette manière d'envisager le rhumatisme s'éloigne beaucoup de celle d'un grand nombre de médecins qui admettent que le rhumatisme articulaire est différent du rhumatisme musculaire. Je ne puis partager cette opinion. Pour moi ces deux affections sont identiques par leur nature et ne diffèrent que par leur siége. Le rhumatisme peut se développer partout où il y a du tissu fibreux et du tissu musculaire. Nous allons passer rapidement en revue les siéges divers que peut affecter le rhumatisme.

Dans les organes de la vie de relation, le rhumatisme peut siéger dans le tissu fibreux qui entoure toutes les articulations, dans les muscles des membres, du tronc, dans le diaphragme. A la tête, il peut siéger dans le péricrâne, dans le muscle occipito-frontal, dans le cuir chevelu. Il peut même envahir les membranes du cerveau : on a en effet décrit le rhumatisme de la dure-mère. Les ophthalmologistes ont décrit une ophthalmie rhumatismale.

Si nous passons aux organes contenus dans la poitrine, nous voyons que le cœur et ses annexes sont fréquemment le siége de rhumatisme. Ainsi le péricarde, sac fibro-séreux, la membrane interne du cœur, le cœur formé de tissu musculaire et de tissu fibreux, sont souvent atteints d'affections rhumatismales. C'est surtout aux orifices et sur les valvules du cœur que se fixe le rhumatisme.

Les organes contenus dans l'abdomen sont souvent aussi atteints de rhumatisme. Ainsi l'estomac et les intestins, la vessie, les capsules des reins et du foie, peuvent présenter cette affection.

Ainsi donc on voit que partout où l'on trouve du tissu fibreux ou du tissu musculaire, partout aussi on peut trouver le rhumatisme.

Mais est-ce à dire que le rhumatisme, développé sur le tissu fibreux et musculaire, borne là son étendue? Non. Si dans quelques cas il en est ainsi, dans quelques autres il s'étend et se propage; et on ne peut mieux se le représenter qu'en le comparant à la marche de certaines névralgies. Si dans les points primitifs où s'est développé le rhumatisme, existe du tissu cellulaire ou des membranes séreuses, il les envahira. C'est ainsi que le rhumatisme articulaire peut se propager à la membrane synoviale; c'est ainsi que le tissu séreux du péricarde ne tardera pas à se prendre de rhumatisme, et que le cœur lui-même et sa membrane seront bientôt envahis.

De cela il faut conclure qu'il importe de distinguer dans le rhumatisme, 1° son siége primitif, qu'il soit de nature fibreuse ou de nature musculaire, 2° son siége secondaire, qu'il se développe sur le tissu cellulaire ou sur le tissu séreux. Nous remarquerons plus bas que le rhumatisme primitif est remarquable par sa grande et rapide mobilité, tandis que le rhumatisme secondaire perd cette mobilité en se fixant sur une membrane séreuse.

Caractères anatomiques. Quel que soit le siége du rhumatisme, il est bien positif que souvent on ne trouve rien à l'autopsie. Bien souvent j'ai ouvert des cadavres d'individus morts des suites de rhumatisme, sur lesquels je n'ai rien trouvé. Dans d'autres circonstances on trouve les veines qui entourent les articulations dilatées et gorgées de sang, les ligaments, le périoste et la membrane synoviale rouges, injectés, épais; de petites collections purulentes dans le tissu cellulaire environnant, des accumulations de pus ou de sérosité dans la cavité même de la membrane synoviale. Quelquefois et surtout à la suite de l'état chronique, on a trouvé les cartilages articulaires rosés ou piquetés de rouge, épais, ramollis, cariés et soudés entre eux.

M. Bouillaud, d'après des faits rapportés dans son mémoire sur le rhumatisme, admet que la terminaison par suppuration et par épanchement purulent est assez fréquente; ce qui, selon lui, démontre que le véritable siége de cette maladie n'est point dans les ligaments, mais bien dans les membranes séreuses. D'après cet auteur, les tissus ligamenteux ne sont pris qu'accessoirement, ainsi que plusieurs autres parties voisines, telles que les vaisseaux, le tissu cellulaire extérieur des articulations, etc. Il voudrait que, pour distinguer le rhumatisme des synoviales ar-

ticulaires, de celui des autres parties qui concourent à former ces articulations, on lui donnât le nom de *synovite rhumatismale*. Nous ne pouvons partager l'opinion de M. Bouillaud; et en avançant davantage dans l'histoire du rhumatisme, nous aurons soin d'en dire la raison.

Causes. Les causes du rhumatisme sont extérieures ou intérieures.

Dans les premières, la plus puissante est l'impression du froid. L'efficacité de cet agent dans la production du rhumatisme s'exerce surtout lorsque le corps étant au milieu d'une atmosphère très-chaude, un courant d'air froid vient à frapper sur cette partie. Il en est de même lorsque l'on couche dans des draps ou sur un sol humides, ou que l'on s'endort couvert de vêtements mouillés, l'habitation dans une maison nouvellement construite ou dans un local humide quelconque, l'exposition, pendant le sommeil, d'une partie du corps au froid, les autres en étant préservées; l'action de l'eau sur les pieds, les mains ou tout le corps, tandis que l'on est en sueur; subir la pluie pendant qu'on a très-chaud et que l'on ne peut pas changer promptement de vêtements; enfin toute espèce de refroidissement, toutes ces causes favorisent singulièrement l'apparition du rhumatisme.

L'influence du froid dans la production du rhumatisme peut se faire sentir instantanément. Dans d'autres circonstances elle ne se fait sentir qu'au bout de plusieurs heures ou de quelques jours. Enfin il n'est pas rare, et cela s'observe surtout sur les anciens militaires qui ont passé une partie de leur vie dans les bivouacs, de voir que cette cause n'agisse qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

M. Chomel est peu disposé à accorder une grande influence au froid humide dans la production du rhumatisme articulaire aigu. Dernièrement, dans un relevé de la clinique de ce professeur, publié par M. Grisolle dans le *Journal hebdomadaire*, n° 13, 1836, on lit : « On a *peut-être* exagéré l'influence du froid humide dans la production du rhumatisme articulaire aigu. En effet, sur sept malades nous n'en trouvons que deux sur lesquels le froid humide ait paru agir comme cause déterminante. Deux de nos malades ont même gagné le rhumatisme, quoiqu'ils fussent placés depuis quelque temps dans des conditions plus favorables qui auraient dû les en préserver. Au contraire, la plupart des rhumatismes musculaires que nous avons observés à la clinique, sont survenus à la suite de l'impression du froid plus ou moins prolongé sur les parties devenues malades. C'est d'après l'examen de ces faits, que M. Chomel a établi que le froid humide avait une grande part dans la production du rhumatisme musculaire; tandis que dans le rhumatisme articulaire, l'influence de la prédisposition est plus puissante, celle des causes occasionnelles plus problématique.»

Pour nous le rhumatisme musculaire, et articulaire est, comme nous l'avons déjà dit, la même affection ; et l'influence du froid sur l'une ou l'autre forme de la maladie nous paraît incontestable. Mais aussi, comme M. Chomel, nous sommes disposé à tenir un grand compte de la prédisposition, et à ce sujet nous partageons l'opinion de notre savant confrère, M. Roche, que nous allons reproduire ici : « La prédisposition au rhumatisme paraît consister dans une grande activité de l'hématose, une vive sensibilité de la peau, et surtout un développement très-considérable du système capillaire de la périphérie. On remarque, en effet, que les individus qui sont le plus ordinairement affectés de rhumatisme, ont la peau rosée, la figure fortement colorée, et que chez eux tout le système capillaire cutanée s'injecte avec la plus grande promptitude et une extrême facilité, sous l'influence de l'exercice, ou des passions, ou de l'action solaire, etc. A l'occasion de cette remarque, je hasarderai une conjecture qui me paraît très-fondée. Je crois que chez ces individus le sang reçoit une trop grande imprégnation d'oxygène, d'une part, à la surface de la membrane muqueuse pulmonaire, comme chez tous les hommes. et, de l'autre, à la surface cutanée, plus considérable que chez les autres individus, en raison précisément de ce grand développement du réseau capillaire extérieur qui met le sang très-divisé en contact avec l'air ambiant, et cette double imprégnation lui donne promptement des qualités trop excitantes. On me demandera peut-être la preuve de cette oxygénation de l'air, que je suppose se faire à la surface cutanée chez tous les individus. Mais ce n'est pas ici le lieu d'administrer ces preuves. Je renvoie le lecteur aux expériences de Spallanzani, de Vauquelin, d'Edwards, etc., qu'il me serait facile d'appuyer de nombreux arguments. La peau exerce incontestablement cette fonction importante et pourtant presque généralement méconnue. Or, elle doit y varier d'intensité selon les âges et les tempéraments, comme à la surface pulmonaire, et dès lors c'est, sans aucun doute, chez les individus à système capillaire extérieur très-développé, qu'elle doit s'exercer avec toute l'énergie possible. Enfin la vive sensibilité dont jouit la peau chez les mêmes hommes les rend plus impressionnables à l'action du froid qui, comme nous l'avons déjà dit, est la cause principale de la maladie. Tels sont, ce nous semble, les véritables éléments de la prédisposition au rhumatisme articulaire. Mais, que nous en ayons au non découvert les conditions organiques, cette prédisposition existe, on ne saurait le nier. C'est elle qui fait que, sous l'influence

de l'une des causes que nous avons énumérées, un individu contracte un rhumatisme articulaire et non une autre phlegmasie. Elle s'accroît en proportion du nombre de fois que les individus ont été atteints de l'inflammation articulaire, parce que, comme on le sait, un tissu est d'autant plus disposé à s'irriter, qu'il l'a été déjà plus fréquemment. C'est alors surtout que la maladie se renouvelle par les causes les plus faibles, aux changements de saisons, à l'occasion des variations de température, tantôt à l'occasion de simples écarts de régime, et plus tard enfin sans qu'on puisse en découvrir la cause. » (Roche, *Dictionn. de Méd. et de Chir. prat.*, t. III.)

Parmi les causes indépendantes des circonstances extérieures, on a observé que l'âge adulte, le tempérament sanguin, une forte constitution et le sexe masculin, sont des circonstances prédisposantes au rhumatisme. Quelques faits mettent hors de doute que l'hérédité exerce une influence marquée sur certains individus, comme cause de rhumatisme. Ainsi j'ai saigné une jeune fille qui eut des attaques de rhumatisme à 9 ans, à 11 ans, et à 14 ans. Elle avait un frère qui était pris de temps en temps de rhumatisme. La mère de ces deux enfants était fréquemment sous l'influence de cette maladie. Je dois vous faire observer que ces personnes étaient riches et tout à fait à l'abri des causes ordinaires qui donnent lieu à l'apparition de cette maladie.

La plupart des observateurs ont noté comme causes de rhumatisme les circonstances suivantes : la disparition d'un affection cutanée, la suppression trop brusque d'un exutoire, d'un flux hémorroïdal ou de menstrues ; les coups et les chutes, l'abus des liqueurs spiritueuses, etc. Quelques médecins pensent qu'on peut le voir survenir à la suite de longs traitements mercuriels. Une cause moins hypothétique est l'influence des exercices immodérés, et principalemeut les marches forcées.

Répétons-le sans cesse, l'efficacité de toutes ces causes est surbordonnée à la prédisposition, sans laquelle dans le rhumatisme, comme dans toutes les autres maladies, on ne pourrait se rendre compte d'aucun phénomène morbide.

Symptômes. Pour faciliter notre étude, nous diviserons ce que nous avons à dire des symptômes, en deux sections ; dans la première nous étudierons les symptômes du rhumatisme aigu ; dans la seconde, ceux du rhumatisme chronique.

1° *Symptômes du rhumatisme aigu.* La douleur est un des principaux symptômes du rhumatisme. Elle peut exister seule, ou être accompagnée d'autres désordres fonctionnels qui surviennent après ou en même temps qu'elle. La douleur a des siéges très-divers : nous allons les passer en revue.

Quand le rhumatisme attaque les membres, c'est dans les intervalles ou autour des articulations que les douleurs se font sentir. Le mouvement de ces parties, d'abord gêné, devient de plus en plus difficile et douloureux ; quand le rhumatisme est très-violent, il est impossible. Cette douleur peut s'accroître, et acquérir une telle violence, que la moindre secousse imprimée aux membres, le simple poids du drap, le contact le plus léger, deviennent insupportables. A son principe la douleur n'est accompagnée d'aucune déformation du membre. Elle augmente par les variations dans la température, que ce soit la chaleur ou le froid qui se fasse sentir. Quand le rhumatisme a envahi un grand nombre d'articulations, la situation des malades devient extrêmement pénible, car ils sont incapables d'exercer le moindre mouvement, et ils sont forcés de garder la dernière position qu'ils ont prise ou qu'on leur a donnée. Cette douleur est remarquable par sa mobilité. Remarquons néanmoins que cette mobilité est en rapport avec l'étendue et l'intensité du rhumatisme. Ainsi, comme l'a observé M. Bouillaud, un rhumatisme léger peut offrir une grande mobilité ; mais il n'en est pas de même d'un rhumatisme articulaire d'un degré plus élevé, qui tend à la suppuration, ou qui déjà s'est terminé par un épanchement purulent ou séro-purulent. Celui-là, s'il est abandonné à lui-même, ne se dissipe qu'au bout d'un certain temps, mais la douleur dont il était d'abord accompagné peut disparaître longtemps avant la résorption de l'épanchement articulaire, comme le point de côté avant la résorption d'un épanchement pleurétique (Bouillaud, *Recherches sur le rhumatisme*, page 72).

Le cuir chevelu peut être le siége de douleurs rhumatismales. A la face, c'est le muscle masséter qui en est le plus souvent le siége ; d'où une sorte de trismus qui s'observe dans ces cas. Les autres muscles de la face sont très-rarement pris de douleurs rhumatismales.

Elles sont fréquentes dans les muscles du cou et surtout dans le sterno-cléido-mastoïdien. Elles constituent à cette région le *torticolis*.

La colonne vertébrale est très-fréquemment le siége de douleurs rhumatismales. Elles sont dans quelques cas extrêmement aiguës. Elles peuvent être répandues sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, ou sur une région seulement, la cervicale, la dorsale ou la lombaire. Ces douleurs donnent lieu à l'attitude courbée du malade, qui ne peut opérer des mouvements de redressement sans éprouver les douleurs les plus vives. Les douleurs rhumatismales qui ont leur siége à la région lombaire, sont les plus fréquentes, et ont reçu le nom de *lumbago*, dont le siége anatomique est, pour nous, dans les enveloppes de la

moelle, tandis que les uns le placent dans les muscles psoas, les autres dans les muscles de la région lombaire, ceux-ci dans l'aponévrose qui les recouvre, ceux-là dans les tissus articulaires des vertèbres, quelques-uns dans le périoste même de ces os et du sacrum, quelques autres enfin dans les nerfs de la région lombaire. Le *lumbago* peut être aigu ou chronique.

Les muscles des parois thoraciques sont souvent le siége de douleurs rhumatismales. Ces muscles sont divisés en deux plans, un superficiel et un profond. Le plan superficiel, composé du grand et du petit pectoral, est fréquemment atteint de rhumatisme. Chez les femmes, les douleurs rhumatismales peuvent simuler une maladie des mamelles. Dans le deuxième plan sont compris les muscles intercostaux. Lorsqu'ils sont le siége d'une douleur rhumatismale, on observe alors l'affection désignée sous le nom de *pleurodynie*. Pour ne pas confondre cette douleur pleurodynique avec celle que détermine l'inflammation de la plèvre, il faut se souvenir que la première augmente par la pression et par le mouvement, que rarement elle s'accompagne de fièvre, tandis que la pleurésie donne toujours lieu à un mouvement fébrile, et que la douleur qu'elle détermine n'augmente pas par la pression. La douleur pleurodynique peut être partielle ou générale. Elle augmente par des mouvements violents du tronc; et il est arrivé qu'on l'a confondue avec des lésions du foie, des reins ou des intestins.

Le diaphragme peut être pris de douleurs rhumatismales qui donnent lieu à une grande gêne de la respiration et au hoquet. Ces douleurs ont une durée variable; elles peuvent persister pendant longtemps ou disparaître en peu d'instants. Il est fort difficile de la distinguer d'une douleur pleurétique.

Quelques observateurs ont parlé d'une douleur rhumatismale siégeant dans le crémaster.

Dans le rhumatisme articulaire il peut se faire qu'une seule ou plusieurs articulations deviennent douloureuses. Bientôt la tuméfaction accompagne la douleur; la peau qui les recouvre devient chaude et prend souvent une couleur rosée. Ces symptômes se transportent avec facilité d'une articulation à l'autre. Si plusieurs articulations sont en même temps le siége du rhumatisme, presque toujours on en voit une qui est plus rouge, plus gonflée et plus douloureuse que les autres. Il arrive souvent que plusieurs articulations se prennent tour à tour.

La douleur rhumatismale peut siéger hors des organes de la vie de relation; de là l'espèce de rhumatisme désignée sous le nom de rhumatisme interne. Dans cette espèce, la douleur peut exister et persister seule, ou être accompagnée et suivie d'accidents divers. Parmi ces désordres, les uns sont simplement fonctionnels et causés par la douleur, exemple, les palpitations; mais cette douleur cessant, tout rentre dans l'état normal. Les autres accompagnent la douleur, persistent après elle et se traduisent par des congestions plus ou moins intenses, par des lésions de nutrition; en un mot, on peut, dans ces cas, observer toutes sortes de désordres, depuis la simple congestion jusqu'aux altérations de nutrition les plus graves. Parmi les organes qui sont le plus fréquemment exposés à ces altérations, il faut, au dire de M. Bouillaud, ranger au premier rang les membranes externe et interne du cœur. Voici comment M. Bouillaud a formulé cette coïncidence.

« La péricardite existe chez la moitié environ des individus affectés d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Sous ce point de vue la péricardite n'est, en quelque sorte, qu'un des éléments de la maladie dite rhumatisme articulaire aigu, laquelle, considérée d'une manière plus large et plus exacte qu'on ne l'a fait jusqu'ici, constitue une inflammation de tous les tissus séro-fibreux, en général, développée sous une influence spéciale. Or, le péricarde étant de nature séro-fibreuse, comme le tissu où réside le rhumatisme articulaire proprement dit, il n'est pas étonnant que la péricardite coïncide si souvent avec ce dernier; que le rhumatisme du péricarde, en un mot, ait lieu dans les circonstances qui produisent un rhumatisme des synoviales articulaires et des tissus fibreux sur lesquels elles se déploient, lequel n'est, pour ainsi dire, qu'une péricardite articulaire.

« L'endocardite, à l'instar de la péricardite, se manifeste sous les mêmes influences que le rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours duquel on la voit souvent éclater. Toutefois, bien que cette phlegmasie puisse ainsi se développer d'une manière purement *métastatique*, suivant l'expression de certains pathologistes, il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, du moins d'après les faits qui nous sont propres, le tissu séro-fibreux interne du cœur se prend *en même temps* que celui des articulations.

« Au reste, n'oublions pas que l'endocardite et la péricardite rhumatismales marchent presque toujours de compagnie.

« Jusqu'ici les phlegmasies aiguës du cœur concomitantes du rhumatisme, avaient été entièrement méconnues dans la très-grande majorité des cas, et comme elles n'avaient point été combattues convenablement, plusieurs ont dû passer et sont effectivement passées à l'état chronique. De là ces lésions organiques du cœur, sur l'origine desquelles si peu d'auteurs nous avaient laissé quelques données satisfaisantes; de là de graves lésions dans les val-

vules, et par suite des *asthmes goutteux* de certains praticiens. »

Quant à la fréquence de cette coïncidence, sur 92 observations de péricardite ou d'endocardite, M. Bouillaud en compte 31 dans lesquelles la péricardite et l'endocardite coïncidaient avec un rhumatisme articulaire, savoir: 17 pour la péricardite, et 14 pour l'endocardite.

Toujours d'après M. Bouillaud, que nous nous bornons à citer, l'existence d'une péricardite est certaine chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivants : matité de la région précordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée dans tous les sens); voussure de la même région; battements du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains obscurs, accompagnés de différents bruits anormaux, dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endocardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences du pouls, se joignent quelquefois aux symptômes précédents.

La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu est, pour M. Bouillaud, certaine, lorsque les signes suivants se présentent :

Bruit de soufflet, de râpe ou de scie dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale; les battements du cœur soulèvent fortement la région précordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittents, accompagnés parfois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent, comme les battements du cœur.

La douleur rhumatismale peut se faire sentir à l'estomac, et y être si vive qu'elle peut déterminer des vomissements.

La douleur rhumatismale des intestins est aussi très-vive et très-mobile : elle constitue ce que les anciens auteurs ont appelé *colique rhumatismale*.

Si le rhumatisme envahit la vessie, une douleur très-vive se fait sentir à l'hypogastre et derrière les pubis. Elle est accompagnée de rétention d'urine.

Mais la douleur n'est pas le seul symptôme du rhumatisme. Cette maladie s'accompagne d'autres désordres des appareils de la digestion, de la circulation et des sécrétions.

Dans presque tous les cas la langue est blanche. Souvent il y a des vomissements. La circulation est généralement troublée; il y a fièvre ; la peau est chaude et couverte de sueur ; le pouls est plein et fort. La fièvre présente des exacerbations et survit souvent à la douleur et à la fluxion rhumatismales. Pour expliquer ce phénomène les théories n'ont pas manqué. En dernier lieu, M. Bouillaud le rapporte à l'inflammation des membranes interne ou externe du cœur, survenues à la suite du rhumatisme. J'admets comme vraie cette théorie dans un grand nombre de cas, et je crois qu'elle est le résultat de l'observation. J'ai eu occasion de la vérifier dernièrement sur une femme qui a succombé à la Pitié. Cependant ne nous hâtons pas de prononcer d'une manière définitive; attendons des observations plus multipliées.

Le rhumatisme est lié à une modification si grande du sang, que cette humeur extraite par la veine présente toujours une couenne extrêmement épaisse.

Du côté de l'appareil respiratoire, il n'est pas rare que les rhumatisants présentent une toux et une oppression plus ou moins fortes, mais qui n'ont aucune suite fâcheuse.

Les sueurs sont abondantes ; les urines sont remarquables par la quantité d'acide urique ou rosacique qu'elles contiennent.

La *marche* de cette maladie peut être simple ou compliquée. Elle peut être marquée par des exacerbations plus ou moins violentes.

La *durée* du rhumatisme varie depuis quelques jours jusqu'à deux mois.

Sa *terminaison* est ordinairement heureuse, à moins que le cœur ne soit gravement compromis.

Le rhumatisme peut devenir chronique et donner lieu à une maladie du cœur.

C'est une des maladies les plus sujettes à récidiver.

Traitement. Le traitement du rhumatisme aigu doit être essentiellement antiphlogistique. Abandonné à lui-même le rhumatisme dure longtemps et peut aller jusqu'à 60 et 80 jours. Traité par des moyens convenables, je crois qu'on peut en abréger la durée.

Les saignées générales ont depuis longtemps été recommandées. Sydenham en faisait un grand usage. Le premier jour il faisait tirer dix onces de sang au malade, autant le jour suivant; il s'en abstenait ordinairement le troisième jour pour y revenir le quatrième jour. Trois ou quatre jours après, selon les forces, l'âge, la constitution du malade, il répétait la saignée de la veine. Rarement il faisait plus de quatre saignées.

M. Lherminier suivait à peu près cette pratique de Sydenham.

M. Roche pratique, dès le début, une copieuse saignée, et y revient trois, quatre et cinq fois de suite s'il est nécessaire, soit en mettant deux jours d'intervalle entre cha-

que saignée, soit en la pratiquant toutes les vingt-quatre heures, ce qui lui paraît préférable.

Voici la formule proposée par M. le professeur Bouillaud :

Le jour de l'entrée du malade (supposé bien constitué et dans la force de l'âge) à la visite du soir, une saignée de quatre palettes est pratiquée.

Deuxième jour. Une double saignée du bras, de 3 palettes et demie à quatre palettes, est pratiquée ; et dans l'intervalle de ces deux saignées on a recours à une saignée locale, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées. Par cette saignée locale on retire encore, 3, 4 et même 5 palettes de sang. Les ventouses sont appliquées autour des articulations les plus malades, et sur la région précordiale quand le cœur est sérieusement pris lui-même.

Troisième jour. Une saignée du bras, pareille à celle de la veille, et une seconde application de ventouses (3 à 4 palettes) soit sur la région précordiale, soit autour des articulations.

Quatrième jour. La fièvre, les douleurs, le gonflement, en un mot tout l'appareil inflammatoire a quelquefois cessé dès le quatrième jour. Dans ce cas, on s'abstient de nouvelles émissions sanguines. Dans le cas contraire, une nouvelle saignée du bras, de 3 à 4 palettes, est pratiquée.

Cinquième jour. En général, la résolution de la maladie est en pleine activité ce jour-là. Dans les cas très-graves cependant, la fièvre dite rhumatismale peut être encore assez prononcée, et une saignée du bras, de 3 palettes, ou bien une émission sanguine locale de la même dose est encore pratiquée.

Dès le sixième, septième ou huitième jour, la convalescence se déclare franchement, et l'on peut commencer à nourrir les malades.

S'il survient des récidives sérieuses (la formule nouvelle n'en préserve pas, mais elle y expose moins peut-être que l'ancienne), on peut être forcé de recourir encore à la saignée. C'est ainsi que, dans un cas où quatre saignées avaient *jugulé* un grave rhumatisme articulaire aigu, il survint une violente récidive dont nous ne pûmes nous rendre maître que par cinq nouvelles saignées.

Si les récidives sont légères, on peut s'en tenir aux émollients, à la diète, aux bains, aux opiacés, etc., et laisser la maladie se prolonger pendant quelques jours de plus.

Pour éviter les récidives, la plus importante précaution à prendre de la part des malades, c'est d'éviter avec le dernier soin le plus léger refroidissement.

Les moyens *adjuvants* des émissions sanguines coup sur coup, sont : les boissons émollientes, les vésicatoires, la compression exercée autour des articulations malades, l'application de compresses enduites de cérat mercuriel sur ces parties, auxquelles on donnera la position et l'attitude les plus favorables à la résolution ; les cataplasmes émollients, les bains, l'opium à dose ordinaire, soit intérieurement, soit endermiquement.

La quantité moyenne de sang que nous retirons, chez les sujets bien constitués, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu intense, est de 4 à 5 livres, comme dans la pneumonie de moyenne intensité.

Dans certains cas de rhumatisme articulaire très-intense, on peut être obligé de retirer jusqu'à 6, 7 et même 8 livres de sang.

Dans les cas légers, au contraire, la dose du sang enlevé ne dépasse pas 2 ou 3 livres (Bouillaud, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme*, page 135 et suiv.).

M. Piorry a conseillé de tenir les membres dans une position élevée, afin de diminuer l'engorgement des tissus.

Les préparations antimoniales, telles que le kermès, l'émétique et l'oxyde blanc d'antimoine, ont été beaucoup vantées. Pour mon compte, je n'y ajoute aucune confiance.

Quelques praticiens font un grand usage de l'opium. Je crois que son emploi n'est efficace que sur les sujets à constitution nerveuse, concurremment même avec la saignée. Je ne l'emploie que comme moyen auxiliaire.

2° *Rhumatisme chronique.*

Le rhumatisme chronique donne lieu aux mêmes symptômes que le rhumatisme aigu, si ce n'est qu'ils sont moins intenses.

Il peut succéder à un rhumatisme aigu, ou être primitivement chronique.

Il présente les mêmes désordres fonctionnels, une douleur disséminée ou concentrée sur un seul point. Le cœur, l'estomac, les intestins, la vessie peuvent en être atteints.

Les auteurs ont décrit une *paralysie rhumatismale* ; mais dans la plupart des cas ce n'est qu'une paresse, une sorte de lenteur des parties à exécuter des mouvements, résultat des douleurs d'une longue durée. Dans quelques cas la difficulté des mouvements est si grande, qu'on a pu certainement la prendre pour une paralysie. Mais ce phénomène est tout à fait indépendant d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière, et cède presque toujours à l'emploi soit de la strychnine, soit de l'électricité et des excitants quelconques.

Le rhumatisme chronique a pour principal résultat de produire l'atrophie des muscles qu'il a envahis. Souvent une douleur rhumatismale de longue durée détermine une contraction permanente des membres. Les articulations sont souvent frappées d'ankylose.

C'est dans ces cas que l'emploi des douches est efficace.

Des tumeurs blanches, des coxalgies, des luxations spontanées du fémur, la carie des vertèbres, etc., peuvent être le résultat du rhumatisme chronique.

Traitement. Dans le rhumatisme chronique, les émissions sanguines ne sont utiles qu'autant que la douleur s'exaspère et prend un certain degré d'acuité; encore doit-on avoir recours aux émissions sanguines locales, aux sangsues et aux ventouses. L'application des vésicatoires, des moxas, est utile dans les cas les plus rebelles. On administre des douches, soit émollientes, soit excitantes, salines ou sulfureuses. On peut aussi donner en fumigations les baies de genièvre, le succin, le benjoin. En général, il faut agir sur la périphérie du corps. On donne aussi des bains simples, gélatineux, excitants, sulfureux, ou des bains de vapeur sulfureux, ou enfin l'usage des eaux minérales appropriées.

On peut employer une médication sudorifique, et pour cela on administre les quatre bois sudorifiques, et en même temps des boissons chaudes aromatiques. Dans le même but on donne la poudre de Dower, depuis 6 à 12 grains jusqu'à un scrupule. Cette préparation détermine une diaphorèse abondante, que l'on peut entretenir par l'administration d'une infusion de sauge.

Plusieurs praticiens emploient les narcotiques; d'autres, les préparations antimoniales, surtout l'antimoine diaphorétique. Dans certains pays on administre la digitale. Je n'ai pas observé d'heureux résultats de l'emploi de ces moyens.

La teinture et le vin de semences de colchique ont été beaucoup préconisés dans ces derniers temps, principalement en Angleterre, dans le traitement du rhumatisme soit aigu, soit chronique, mais surtout dans ce dernier. Ces préparations sont des purgatifs énergiques, et c'est à cette propriété qu'elles doivent de diminuer les accidents du rhumatisme. Le vin de semences de colchique se donne à la dose de plusieurs gros par jour ; la teinture à la dose d'un gros.

C'est aux moyens hygiéniques qu'il faut surtout demander l'amélioration dans cette maladie. La température exerce sur le traitement du rhumatisme chronique une influence manifeste. Aussi quand le malade pourra le faire, il se trouvera admirablement bien de quitter un pays froid et humide pour habiter un pays chaud.

DE LA GOUTTE.

Il est une maladie qui a été souvent confondue avec le rhumatisme. Elle en diffère cependant par des caractères essentiels, et surtout par les caractères anatomiques. Cette maladie, c'est la goutte, nom barbare qu'il faut bien accepter, puisqu'il est généralement adopté.

Il est peu de maladies sur la nature et le siége desquelles on ait plus longtemps disserté; il n'en est aucune sur laquelle tant de dissertations aient amené des résultats si contradictoires, et partant, des données aussi peu certaines. Rappeler ici toutes les opinions émises sur la goutte serait rappeler toutes les erreurs, toutes les absurdités que peut créer l'esprit humain, et cela sans profit pour vos études. Quelle utilité retireriez-vous en effet, si je vous rappelais qu'Hippocrate et Galien attribuaient la goutte au transport de la pituite et de la bile sur les articulations? que Paul d'Égine la faisait dépendre d'une faiblesse des articulations, résultat d'une indigestion, d'une plénitude de l'estomac, qui fait que les humeurs superflues se jettent sur les articulations, en distendent les ligaments et produisent ainsi la douleur? que Fernel et Baillou la faisaient provenir de la pituite ou de la sérosité? que pour Hoffmann elle consiste dans un spasme violent par lequel les ligaments nervoso-tendineux qui assujettissent les os sont déchirés, arrachés? que pour Sydenham c'est un défaut de coction de toutes les humeurs?.... Il faut parcourir une longue série de siècles pour arriver à quelques idées raisonnables sur la nature de la goutte.

Nous adoptons les opinions de quelques médecins modernes, qui consistent à considérer la nature de la goutte, comme double en quelque sorte et formée de deux éléments, l'un inflammatoire ayant son siége dans le tissu fibreux, l'autre plus général résidant dans le sang, altéré par la présence de l'acide urique qui vient se déposer autour des articulations.

Causes. La même obscurité règne sur les causes de la goutte. Si vous consultez les auteurs, vous serez effrayés de la longue énumération des causes productrices de cette maladie. Ainsi, on a tour à tour accusé l'air humide, les vents d'ouest et du nord, les variations de température, le froid humide, l'habitation dans les lieux bas, humides et froids, les vêtements trop légers, la suppression de la transpiration, surtout celle des pieds et des mains, l'abus des bains froids, la malpropreté, la répercussion des affections cutanées, la suppression d'une hémorragie habituelle, l'omission d'une saignée ou d'une purgation habituelle, la guérison intempestive et trop rapide d'un cautère ou d'un vieil ulcère, les coups, les chutes sur une articulation, une nourriture animale trop abondante, l'usage d'aliments gras, huileux, de ragoûts, de gibier, de viandes fumées et salées, de tous les aliments de digestion difficile, des fromages fermentés, une nourriture trop succulente,

l'abus des liqueurs spiritueuses et fermentées, l'usage de certains vins, une vie oisive succédant surtout à une vie active, les exercices violents et inaccoutumés, l'abus des plaisirs vénériens, la masturbation, les études opiniâtres, les travaux de cabinet, les veilles prolongées, le travail intellectuel immédiatement après le repas, les passions violentes, les chagrins, etc., etc.

Quand on réfléchit sur l'action de toutes ces causes si diverses et ayant si peu de rapport dans leur manière d'agir sur les effets entièrement opposés de quelques-unes d'entre elles; quand on veut surtout se rendre compte des lois physiologiques qui leur font exercer une influence si spéciale sur les articulations et les font enflammer, on arrive à douter de leur efficacité dans la production de la goutte, sans admettre une prédisposition qui favorise leur action.

Il est un fait, d'ailleurs, qui doit vous avoir surpris, c'est l'extrême rareté de la goutte dans les hôpitaux. En réfléchissant sur ce fait, vous avec dû nécessairement conclure que cette maladie n'est point le partage des classes pauvres; et en se demandant raison de cette circonstance, on arrive à admettre que la véritable cause qui produit la goutte est une nourriture trop succulente qui fournit plus de matériaux nutritifs que le travail de décomposition ne peut en enlever. Cet excès de matériaux nutritifs ne pouvant plus se perdre par les voies naturelles d'excrétion, la sueur et les urines devenues insuffisantes, est transporté sur les tissus fibreux articulaires, dont il accroît la nutrition et la sensibilité et finit par s'y déposer à leur surface sous forme de concrétions tophacées composées d'acide urique et d'une matière animale. On conçoit par là comment la goutte n'attaque, en général, que les gens riches, qui sont habitués à une nourriture succulente.

La goutte se manifeste rarement dans l'enfance et dans la puberté; elle ne survient ordinairement qu'après l'âge de quarante ans, alors que le corps a acquis toute sa croissance. Elle est héréditaire; non pas qu'un enfant vienne au monde avec la goutte, mais avec une prédisposition à en être atteint.

Elle est beaucoup plus rare chez les femmes que chez les hommes, et cela sans doute à cause de leurs évacuations menstruelles, et à cause aussi de leur sobriété généralement plus grande.

Symptômes. La goutte se présente sous forme aiguë, sous forme chronique, et quelquefois sous forme périodique.

1° *Forme aiguë* (inflammatoire, articulaire, régulière, fixe des auteurs). C'est vers la fin de l'hiver qu'elle se déclare le plus ordinairement. Elle est tantôt précédée, pendant plus ou moins de temps, par de la dyspepsie, des douleurs vagues dans différentes parties du corps, par la sécheresse de la peau, par des vomissements, par de la diarrhée, par des vertiges, des étourdissements, des palpitations. Tantôt, et c'est plus fréquemment, elle survient d'une manière inopinée, au milieu de la santé la plus florissante, et presque toujours la veille de l'attaque, l'individu ressent un appétit beaucoup plus vif et un état de bien-être inaccoutumé. Alors, au milieu de la nuit, le malade est réveillé, après quelques heures d'un sommeil tranquille, par une douleur vive se faisant ordinairement sentir au gros orteil, quelquefois dans le talon, dans l'articulation tibio-tarsienne, dans quelques cas, aux poignets, aux mains ou aux genoux. Les malades comparent cette douleur à une sensation de tiraillement dans les os, à la douleur d'une brûlure, ou à celle que produirait la dilacération par les dents d'un animal. Dans quelques circonstances cette douleur s'accompagne de la sensation d'une eau presque froide qu'on verserait sur la partie affectée. Presque aussitôt que la douleur est apparue, il se manifeste un frisson avec tremblement qui dure plus ou moins longtemps, qui cesse bientôt, puis la douleur augmente, le pouls s'accélère, et la peau devient sèche et brûlante. Ces phénomènes continuent pendant toute la nuit et la journée qui lui succède. Vers le soir, la douleur, qui s'est étendue et dont l'intensité a augmenté, devient alors si vive, que le simple poids d'une couverture est insupportable, et que le malade inquiet cherche en vain une position qui puisse diminuer ses souffrances. Cet état pénible dure une partie de la nuit; mais vers le matin la douleur diminue considérablement et presque tout à coup; la peau se couvre de moiteur, et le malade s'endort. Au réveil, la douleur est très-supportable, mais la partie malade est rouge et gonflée. Les jours suivants, vers le soir, la douleur, accompagnée de chaleur de la peau et d'accélération du pouls, prend plus ou moins d'intensité. Mais chaque jour ces exacerbations diminuent, et ordinairement au bout de quatre ou cinq jours elles cessent tout à fait, et là se termine le premier accès.

Mais cette rémission n'est pas de longue durée, car à peine le dernier poroxysme a cessé, que déjà le second accès commence, puis un troisième, quelquefois un quatrième, avec tous les phénomènes que nous venons d'exposer, tantôt sur la même articulation, tantôt sur l'autre pied, ou sur une articulation plus ou moins éloignée. C'est cette succession de phénomènes, frisson précurseur, accélération du pouls, gonflement et rougeur de la partie, qui constitue les *accès* ou paroxysmes dont l'ensemble lui-même forme une *attaque* de goutte.

Cependant les attaques de goutte aiguë n'ont

pas toujours la même marche. Quelquefois de prime abord l'inflammation envahit les deux pieds en même temps; dans beaucoup de cas, c'est par les poignets, par les coudes ou les genoux qu'elle débute, et elle n'envahit les pieds que consécutivement; tantôt elle ne sévit que sur une seule articulation, tantôt elle passe de l'une à l'autre sans revenir à celles qu'elle a abandonnées; dans quelques circonstances, après avoir tourmenté diverses parties, elle revient à son premier siége; quelquefois son invasion a lieu pendant le jour; enfin dans quelques cas le nombre des accès est beaucoup plus considérable que nous ne l'avons dit. Il est d'observation que l'attaque est en général d'autant moins longue que les douleurs ont été plus intenses.

Pendant le cours d'une attaque de goutte il est rare que le malade éprouve des instants d'intermission complète, si ce n'est vers les derniers jours. Il éprouve presque toujours, tant qu'elle dure, du malaise, de la fréquence du pouls et de la chaleur à la peau; l'appétit est nul, les urines sédimenteuses, phénomènes qui cessent avec le dernier accès en même temps qu'une exsudation d'un liquide, ordinairement collant, visqueux, quelquefois d'une odeur forte, se fait à travers la peau de l'articulation ou des articulations malades. Plus tard, l'épiderme se détache par écailles, et quelquefois des démangeaisons insupportables accompagnent cette desquammation.

Dans les premiers temps de cette maladie, les attaques ne reviennent qu'à de longs intervalles, qu'après un an, deux ans et quelquefois plus longtemps. Mais si le malade ne se soustrait pas avec persévérance à la cause efficace qui les produit, c'est-à-dire une nourriture trop succulente, les attaques deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues, elles finissent par ne laisser qu'un petit nombre de jours au malade. Alors la goutte passe à l'état chronique.

2° *Forme chronique* (irrégulière, asthénique, consécutive des auteurs). La goutte chronique peut succéder à la goutte aiguë, ou être primitivement chronique. Les symptômes sont les mêmes que dans la goutte aiguë, si ce n'est qu'ils sont moins intenses, les douleurs moins vives, les accès moins cruels, mais plus prolongés et séparés par de plus longs intervalles. Dans la forme chronique il n'y a point ou presque point de phénomènes de réaction. Elle a une grande tendance et une grande facilité à se déplacer, soit pour se porter d'une articulation sur une autre, soit pour envahir un organe intérieur (*goutte vague*).

Sa durée est de plusieurs mois, et quelquefois de toute l'année; alors ce n'est que pendant les chaleurs de l'été qu'elle laisse quelque repos aux malades. Elle donne presque toujours lieu à des troubles de la digestion, soit que l'estomac soit irrité sympathiquement, soit, ce qui est plus probable, que les malades, qui se trouvent sans fièvre, continuent à se livrer aux plaisirs de la table, par compensation à la perte de tous les autres plaisirs dont la maladie les prive. Est-il étonnant alors que les digestions soient troublées chez des individus qui ne font aucun exercice musculaire, et qui mangent souvent outre mesure. On peut d'ailleurs se convaincre que l'estomac n'est point le siége d'une inflammation en voyant la facilité avec laquelle il supporte les médicaments les plus énergiques et les plus incendiaires.

Les douleurs de la goutte chronique, quoique continues, sont cependant en général supportables. Elles s'exaspèrent seulement de temps en temps, et surtout après les repas, après le premier sommeil, sous l'influence des changements de température, aux approches des orages, après une émotion vive, et par les changements précipités de position du membre malade. Elles sont souvent alors si violentes, qu'elles peuvent faire tomber en syncope les hommes les plus robustes et les plus courageux. Il est probable même qu'elles donneraient la mort, si leur durée était plus longue.

Les souffrances habituelles des goutteux altèrent bientôt leur caractère : ils deviennent tristes, inquiets, grondeurs et colères, quoiqu'on en voie cependant qui, au milieu de douleurs continuelles, conservent toute leur force d'âme, et quelques-uns même leur gaieté.

Les attaques de goutte aiguë laissent les articulations libres de tout engorgement. Il en est de même, pendant longtemps encore, des attaques de la goutte chronique, si ce n'est que la liberté des mouvements est plus lente à se rétablir, et qu'après le retour à la santé, il existe pendant quelque temps un peu d'empâtement. Mais si la maladie dure longtemps, des altérations diverses ne tardent pas à paraître dans les articulations et autour d'elles. C'est tantôt l'infiltration, l'œdématie qui persistent d'une attaque à l'autre; c'est tantôt une contracture douloureuse et permanente des muscles qui les avoisinent; d'autres fois de petits engorgements partiels, des espèces de nœuds, d'abord mous et sensibles, perdant bientôt leur mollesse et leur sensibilité, situés dans l'épaisseur ou à la surface des ligaments et des tendons, entourant les articulations comme d'une sorte de chapelet de petites tumeurs, et en gênant ou en empêchant entièrement les mouvements (*goutte noueuse*). Dans d'autres circonstances, l'inflammation de la synoviale et les adhérences qui en résultent, soudent, pour ainsi dire, les surfaces articulaires les unes avec les autres; et dans le plus grand nombre des cas une ma-

tière liquide et comme gélatineuse est déposée autour des articulations ou dans l'intérieur de leurs capsules, matière qui se solidifie, soit en petites granulations, soit en masses plus ou moins considérables qui déforment l'articulation, qui amincissent la peau, la distendent au point de la faire rompre, ce qui donne lieu d'abord à un écoulement de sérosité, et plus tard à la sortie par fragments de cette substance tophacée dont quelques malades peuvent rendre des quantités considérables.

Gouttes mal placées, larvées, etc. La goutte peut-elle se montrer ailleurs que sur les articulations? Il y a quelques années, personne n'eût osé faire cette question tant elle paraissait absurde. C'eût été demander, disait-on et disions-nous nous-même, si un malade pouvait avoir une phlegmasie du système fibro-séreux des articulations, dans les poumons, l'estomac, le foie, etc. Mais aujourd'hui nous ne craignons pas de la poser de nouveau avec les anciens qui l'avaient résolue par l'affirmative. Nous en changerons seulement les termes, et nous dirons: les inflammations viscérales dont sont atteints les hommes chez lesquels il existe une grande surabondance de matériaux nutritifs, ou qui sont affectés de la goutte, ont-elles des caractères particuliers qui les distinguent des mêmes inflammations chez les autres individus? En ont-elles qui leur soient communs entre elles et leur donnent une physionomie spéciale qui permette de les désigner en masse par l'épithète de *goutteuses*?

Ainsi posée, la question nous semble mériter une attention sérieuse. La théorie conduirait à y répondre affirmativement. En effet, il paraît tout naturel, il semble même inévitable que chez des hommes dont le sang et tous les tissus sont surchargés de matériaux nutritifs, qui se trouvent par conséquent dans une condition particulière d'organisation, les inflammations viscérales revêtent, d'une part, des caractères particuliers qu'elles n'ont pas dans toute autre circonstance, et, de l'autre, présentent des traits communs, des traits de famille, si je puis m'exprimer ainsi, puisqu'elles sont toutes dominées par un même élément. Mais l'observation des faits ne confirme pas ces prévisions de la théorie. En vain on s'applique à chercher dans les pneumonies, les gastrites et les hépatites, des individus qui paraissent éminemment disposés à contracter la goutte, des symptômes qui mettent à même de les distinguer des pneumonites, gastrites et hépatites ordinaires, on ne découvre rien qui puisse même permettre d'asseoir des probabilités, et à plus forte raison point de signes qui soient communs à ces phlegmasies, en tant qu'elles auraient une nature spéciale. Cependant les anciens prétendaient reconnaître la nature goutteuse de ces inflammations, qu'ils appelaient alors *gouttes mal placées, larvées* ou *masquées*. Pour justifier à leurs yeux ce diagnostic, il suffisait que le malade fût né de parents goutteux, qu'il fût lui-même d'une constitution qui le prédisposât à la goutte, qu'il fût intempérant et tourmenté souvent de troubles dans les digestions, que ses urines eussent déposé quelque temps auparavant un sédiment comme crayeux, que la maladie dont ils le voyaient atteints se fût développée sous l'influence des causes ordinaires de la goutte, qu'on eût vu quelquefois cette maladie suivie d'une attaque de goutte, qu'elle résistât aux moyens qui réussissent habituellement contre elles, qu'elle cédât au contraire aux *antigoutteux;* enfin que la goutte fût endémique dans la contrée. Je ne discuterai pas ici la valeur de ces éléments de diagnostic, quelques-uns en ont une grande, et d'autres n'en ont aucune. Mais l'erreur consiste surtout à les avoir invoqués pour la solution d'une question mal définie et mal posée. De là ces théories si singulières sur les maladies goutteuses *non articulaires;* de là ces exagérations qui ont conduit plusieurs auteurs, et Stoll en particulier, à voir la goutte se déguiser sous la forme de toutes les maladies; *les vers, la gonorrhée, les fleurs blanches, l'épilepsie, le tétanos, la paralysie, l'amaurose, l'hystérie, la danse de Saint-Guy, les hémorroïdes, les pertes utérines, le catarrhe, la pneumonie, la pleurésie, la phthisie, l'angine, etc., etc.*

Sans doute, au fond de toutes ces exagérations, il y a une vérité d'observation. Les anciens ont sans doute bien vu, lorsqu'ils ont remarqué que, dans certaines circonstances, plusieurs maladies avaient parfois de l'analogie avec la goutte; mais ils n'ont pu ni bien préciser ces circonstances, ni reconnaître en quoi consistait cette analogie, ou plutôt ils ont pris ces analogies pour des témoignages d'identité; et oubliant qu'il n'y a pas de goutte là où n'existe pas une phlegmasie articulaire, ils ont été entraînés à faire de cette maladie un être indéfinissable conservant sa nature propre dans tous les organes sur lesquels ils croyaient le voir voyager. La vérité est que, chez les individus dont le sang et tous les tissus sont surchargés de sucs nutritifs, toutes les inflammations ont avec la goutte, comme *entre elles*, cette analogie de se développer au sein de tissus dont la nutrition est modifiée d'une même manière; mais là s'arrête la ressemblance; et, je le répète, il n'y a et ne peut y avoir goutte que là où existe une phlegmasie articulaire. Ce qu'il importerait donc de faire aujourd'hui, ce serait de rechercher s'il existe des signes auxquels on puisse reconnaître cet état général de l'organisme résultant de la surabondance des

matériaux nutritifs, qui forme comme le canevas commun, qu'on me permette cette expression qui rend bien ma pensée, sur lequel se dessinent et la goutte et les phlegmasies dites goutteuses, et auquel elles doivent ce qu'elles ont d'analogue. Ces signes existent sans doute, mais ils nous échappent encore. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il est permis de supposer l'état général dont il est question, chez les individus nés de parents goutteux, à constitution goutteuse eux-mêmes, intempérants et oisifs, et parvenus à l'âge de trente-cinq à quarante ans, si on les voit tourmentés de douleurs vives mais peu durables, passant tour à tour d'un tissu à un autre, se portant indifféremment de l'estomac aux muscles pectoraux, de ceux-ci aux articulations, de ce nouveau siége au cœur, aux reins, aux poumons, etc., s'ils sont tourmentés de crampes et d'insomnies, et si leurs urines laissent déposer un sédiment crayeux ou de nombreux graviers d'acide urique.

Ce que nous venons de dire sur les prétendues gouttes larvées ou mal placées, est en partie applicable aux gouttes *remontées*, *rétrocédées*, c'est-à-dire aux inflammations viscérales qui surviennent dans le cours des attaques de goutte, et paraissent en suspendre les accidents. Encore une fois, la goutte n'existe plus dès qu'il n'y a plus d'inflammation articulaire. Quand une inflammation se déclare dans un organe quelconque, au milieu d'une attaque de goutte, soit qu'elle résulte d'une action directe exercée sur l'organe nouvellement affecté, soit qu'elle succède à l'action de répercussifs ou d'astringents sur l'articulation malade; sa nature est la même que si elle était survenue dans les circonstances ordinaires; ses symptômes n'offrent rien de particulier; elle ne réclame pas un traitement nouveau; et la seule indication qui naisse des circonstances au sein desquelles elle s'est montrée, c'est celle de l'emploi des révulsifs sur les articulations précédemment enflammées.

Tous les médecins qui ont observé la goutte chez un grand nombre de malades, ont remarqué qu'elle alternait ou coexistait souvent avec la néphrite ou avec la gravelle. Morgagni a surtout insisté sur cette particularité. Les analyses chimiques, en démontrant la présence de l'acide urique dans les concrétions tophacées, comme dans les urines, et les graviers qu'elles charrient quelquefois, sont venues ajouter un rapport de plus entre ces affections. Cette analogie n'a rien qui nous étonne, car la gravelle se développe très-souvent sous l'influence de la même cause que la goutte, savoir l'intempérance. Qui ne sait que la gravelle est aussi, *en partie*, une maladie des gens riches? qui ne sait qu'on l'a vue cesser et reparaître alternativement chez des individus que des revers et des retours de fortune faisaient passer successivement d'une table frugale à la bonne chère, *et vice versâ!* La goutte et la gravelle ont donc souvent pour élément commun l'excès des matériaux nutritifs : il est donc tout simple qu'elles alternent ou se montrent souvent ensemble, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'admettre, avec Sydenham, Hoffman, Musgrave, etc., une *néphrite goutteuse*. Cependant il faut convenir qu'en raison de la nature fibreuse du tissu qui entoure les reins, les rapports de la néphrite avec la goutte sont plus étroits qu'entre celle-ci et la plupart des autres phlegmasies, alors même qu'elles sont nées dans des conditions semblables de prédisposition (Roche, art. *Arthrite, Dict. en* 15 *vol.*).

Traitement. Nous ne vous ferons pas ici la longue énumération des médicaments qui ont été tour à tour vantés dans la goutte; il faudrait pour cela passer en revue la matière médicale tout entière. Disons seulement ce que l'expérience a constaté.

Les attaques de goutte aiguë doivent être combattues par les mêmes moyens qu'on oppose à toutes les autres inflammations. Si le sujet est fort et robuste, le pouls plein et dur, on débutera par une saignée générale. Hors de ces circonstances, c'est-à-dire chez les sujets maigres et non pléthoriques, on s'abstiendra soigneusement d'ouvrir la veine, car on a vu la saignée être rapidement suivie de la mort. En même temps on prescrira le repos le plus complet, une diète sévère et l'usage de quelques tisanes délayantes (Bouillon de veau, eau de poulet, etc.). Dans les cas de douleurs intenses, on prescrira des narcotiques à l'intérieur, l'opium, la jusquiame, l'aconit, la poudre de Dower, etc. Il sera plus sûr de faire une ou plusieurs applications de sangsues autour des articulations malades. On pourra aussi employer des bains locaux dans une décoction émolliente et narcotique, ou de la vapeur d'eau sur la partie affectée.

Le traitement de la goutte chronique repose sur les mêmes bases, si ce n'est qu'il est inutile de recourir à la saignée générale, et que les applications de sangsues doivent être moins nombreuses et la diète moins sévère. On emploiera avec avantage les liniments huileux laudanisés et quelquefois camphrés, les lotions avec une dissolution d'extrait de belladone, des onctions avec des corps gras chargés de substances narcotiques et résolutives, la laine recouverte de taffetas gommé, les vaporisations de succin, de benjoin, de camphre, les bains de vapeurs, les douches d'eau sulfureuses, quand la douleur n'est pas trop vive, certaines boues, comme celles de Saint-Amand. On retirera aussi quelques avantages, dans la goutte chronique, de l'emploi du nitre et des sudorifiques.

Nous avons vu qu'une formation trop considérable d'acide urique dans l'économie était la cause déterminante de la goutte. Or, tout ce qui tend à empêcher cette formation, ou à la détruire quand elle est opérée, devra être employé comme moyen préservatif et curatif de la goutte. Ainsi une alimentation végétale et l'abstinence de toute substance azotée, seront indispensables pour empêcher la formation de l'acide urique. L'expérience a prouvé que les eaux de Vichy sont un excellent moyen pour combattre les dépôts d'acide urique ; et les succès obtenus dans la gravelle par M. le docteur Petit ont engagé les praticiens à essayer ces mêmes eaux dans le traitement de la goutte. Souvent leur administration a été suivie d'une amélioration bien évidente, et à tout prendre, c'est le moyen le plus rationnel qu'on puisse opposer à cette douloureuse maladie. On pourra remplacer l'eau de Vichy par le bi-carbonate de soude, depuis la dose de 1 scrupule jusqu'à celle de 3 ou 4 gros dans une peinte d'eau d'orge ou de chiendent.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX.

Un grand nombre de ces maladies sont du ressort de la pathologie externe. Nous ne nous occuperons ici que de celles qu'on a l'habitude de décrire dans les cours et les ouvrages de médecine proprement dite.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

De la posthite.

La posthite (de ποσθη, prépuce) est l'inflammation de la surface interne du prépuce. Elle reconnaît pour cause l'accumulation de la matière sébacée entre le gland et le prépuce. C'est une maladie légère, en général, qui est caractérisée par de la douleur, de la démangeaison, à la suite desquelles se forme et s'écoule une matière purulente. On a vu quelquefois cette maladie négligée donner lieu à la grangrène du pénis.

Elle peut être aiguë ou chronique. Elle se développe à la suite d'abus du coït et d'excès vénériens. La déchirure du frein l'engendre quelquefois, comme aussi elle peut survenir après un *herpes præputialis.*

On la combat par des injections entre le gland et le prépuce, par des bains locaux, des lotions émollientes, des moyens de propreté, par le repos et la diète.

DE L'URÉTRITE.

Sous le nom d'*urétrite* ou d'*uréthrite,* nous désignons l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le canal de l'urètre, affection désignée sous les noms divers de *blennorragie*, de *gonorrhées,* de *chaude-pisse, etc.,* dénominations employées surtout pour désigner l'inflammation déterminée par une cause virulente.

Les *causes* de l'urétrite sont diverses et nombreuses. Elle peut survenir à la suite d'excès vénériens entre deux individus parfaitement sains, sur l'un des deux, ou sur les deux à la fois. On l'a vue survenir à la suite de la masturbation, à la suite de contusions des parties sexuelles. L'équitation, alors que la région périnéale est soumise à des compressions et à des frottements plus ou moins douloureux, peut la produire. Les rétrécissements de l'urètre, la présence d'un calcul dans la vessie et surtout dans l'urètre, l'occasionnent quelquefois. On la voit parfois survenir à la suite de l'introduction d'une sonde, et surtout par son séjour trop prolongé dans l'urètre. Enfin elle peut être produite par tout ce qui peut irriter mécaniquement l'urètre, ou les parties avec lesquelles il est en relation directe ou sympathique.

L'urétrite occasionnée par l'injection d'irritants chimiques est assez rare. Elle survient plus souvent après un excès de certaines boissons, telles que la bière forte. Chez certains individus elle peut naître spontanément. Enfin l'urétrite virulente reconnaît pour cause le coït avec une personne infectée. La description de celle-ci n'est pas de notre ressort.

L'urétrite peut être aiguë ou chronique.

Les *symptômes* de l'urétrite aiguë sont les suivants : douleur vive se faisant sentir le long du canal de l'urètre ou en avant de la fosse naviculaire ; douleur variable, tantôt ne se traduisant que par de simples démangeaisons, tantôt par des cuissons ou des douleurs lancinantes, s'exaspérant par l'émission des urines ; dans tous les cas la douleur ayant son summum d'intensité dans les premières vingt-quatre heures, et diminuant ensuite ; quelquefois gonflement et déformation du pénis ; pour peu que l'urétrite soit intense, écoulement d'abord d'un liquide gris blanchâtre, puis d'un véritable pus, dont la couleur, grisâtre d'abord, finit par devenir verdâtre.

L'écoulement grisâtre succédant immédiatement après la cause qui lui a donné lieu, a été décrit comme un caractère distinctif de l'urétrite simple en opposition avec l'urétrite vénérienne, dans laquelle l'écoulement est précédé de trois à quatre jours d'incubation.

Cette maladie peut être compliquée de balanite, de l'engorgement des glandes inguinales, dont la durée n'est que de quelques jours quand il n'y a pas existence de virus vénérien, de l'inflammation du testicule ou orchite, enfin d'ophthalmie.

La durée de l'urétrite aiguë est variable ; elle peut être de cinq à six jours ou de plusieurs semaines : le terme moyen est de vingt-cinq jours.

Traitement. L'urétrite aiguë doit être trai-

tée par les antiphlogistiques, avec une activité proportionnée à l'intensité de l'inflammation. Lorsqu'elle est peu intense, il suffit de simples lotions émollientes, quelques sangsues au périnée, après la chute desquelles on met le malade au bain, ou on lui applique des cataplasmes. Si l'inflammation est très-intense, on pratiquera une saignée générale, et on fera des applications de sangsues plus nombreuses.

Quelques praticiens emploient les astringents dès le début de la maladie, en les ingérant soit par l'estomac, soit par l'anus. Dans ma pratique je n'y ai pas recours.

L'urétrite chronique est produite par les mêmes causes. Elle peut se développer à la suite de l'urétrite aiguë, ou être primitivement chronique. Les symptômes qui l'accompagnent sont les mêmes que ceux de l'urétrite aiguë, mais ils sont moins intenses, et ne sont pas ordinairement accompagnés de complications.

L'urétrite chronique peut être continue ou intermittente. On voit des individus porteurs d'un écoulement ancien qui vient de finir, et chez lesquels il reparaît sous l'influence d'un excès de régime, d'un coït répété, ou d'une marche forcée.

Cette maladie a ordinairement une durée de trois à quatre mois, mais souvent elle se prolonge pendant des années entières.

Traitement. Il doit être émollient. Le malade doit suivre un régime sévère et ne pas s'écarter des règles hygiéniques. Rarement on doit recourir à l'emploi des astringents. Si cependant on trouve convenable de les employer, c'est à l'estomac qu'il faut les confier. A cet effet, on donne le baume de copahu. La potion de Choppart est sans contredit une des meilleures préparations propres à combattre cette affection. Elle se donne à la dose de 2, 4, 6 cuillerées par jour. De l'emploi de ce médicament résultent, chez les uns, des vomissements et la diarrhée, chez les autres une simple diarrhée. Ces accidents doivent le faire administrer avec prudence. Le baume de copahu peut être administré seul sous la forme de pilules ou de bols. Le poivre cubèbe a été aussi beaucoup employé; mais j'ai observé dans ma pratique qu'il ne jouit pas de la même efficacité que le baume de copahu. Il vous sera facile de voir la différence de propriété de ces deux médicaments, en observant un même nombre d'individus soumis à chacun de ces moyens. Il est remarquable cependant que le poivre cubèbe ait une action moins énergique sur les voies digestives que le copahu. On voit des individus prendre quatre gros et même une once de cette substance, sans que l'estomac en soit affecté. On le donne ordinairement depuis la dose de deux à quatre gros jusqu'à celle d'une once dans l'espace d'une journée. Quelques praticiens ont donné une grande confiance aux purgatifs; mais on ne peut pas les donner à tous les malades. On peut encore donner des toniques à l'intérieur, tels que des extraits amers, des eaux sulfureuses, des ferrugineux, comme on le fait dans la leucorrhée.

Le traitement qu'on peut diriger sur la peau consiste en vésicatoires aux fesses, aux reins, aux jambes, dans l'emploi des bains froids. Plusieurs praticiens font usage des astringents; je crois qu'il faut en être très-avare. Voici les plus généralement employés : la décoction de roses, l'extrait de saturne, le vin mélangé à l'eau, substances auxquelles on ajoute du laudanum quand la douleur est vive, le sulfate de zinc. Dans ces derniers temps on a employé le nitrate d'argent convenablement étendu d'eau. On en a obtenu de bons résultats. M. le professeur Serres, de Montpellier, a publié un mémoire sur ce sujet, et M. le docteur Rognetta a fait connaître des observations curieuses de guérison par l'emploi d'une solution de nitrate d'argent. Il est, au reste, peu de maladies contre lesquelles on ait employé plus d'agents divers.

DE LA SPERMATORRHÉE.

On a décrit sous ce nom une affection dans laquelle il y a écoulement involontaire de sperme, sans érection. M. Lallemand vient de publier un ouvrage à ce sujet, dans lequel il comprend sous le nom générique de *spermatorrhée*, les *pollutions diurnes* et les *pollutions nocturnes*. Suivant cet observateur, cette affection apparaît après des efforts faits pour aller à la selle, ou simplement en urinant. Dans le premier cas, il pourrait bien se faire que ce qu'on a pris pour du sperme fût tout simplement le mucus sécrété par les glandes de Cooper ou par la prostate. Dans le second cas, il est fort probable que les individus qui ont cru voir du sperme dans leurs urines, étaient des hypocondriaques. Je vous renvoie d'ailleurs pour ce sujet à l'excellent article de critique publié par M. Valleix, dans le *Journal hebdomadaire*, tome 1er, 1836.

Le traitement consisterait à faire usage de bains froids, à prendre des toniques, du quinquina, des amers.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Nous ne nous occuperons ici que des maladies de l'utérus et de l'ovaire, les autres étant du ressort de la chirurgie.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

L'utérus peut être affecté de toutes les classes de maladies que nous avons établies. Ainsi il peut présenter des lésions de circulation, des lésions de sécrétion, de nutrition

et d'innervation. Nous allons les passer en revue.

I. LÉSIONS DE CIRCULATION.

HYPÉRÉMIES.

L'hypérémie active de l'utérus est fréquente à l'époque de la première menstruation. Elle est fréquente aussi aux époques menstruelles; quelquefois elle apparaît à l'âge critique; dans d'autres circonstances elle n'a aucun rapport avec le travail de la menstruation.

Dans les premiers cas, l'hypérémie est une condition nécessaire de l'acomplissement de la fonction périodique à laquelle sont soumises les femmes. Dans le second cas, quand elle a lieu hors des époques normales que nous venons de rappeler, elle constitue un véritable état maladif.

Les causes de cette hypérémie sont l'usage de certains excitants spéciaux, comme la rhue, la sabine, etc., et les excitants propres des organes génitaux, le coït, la masturbation, etc. Elle apparaît souvent sous l'influence du froid, des émotions morales vives, de l'usage intempestif des astringents aux époques menstruelles et après l'accouchement.

Les symptômes sont un sentiment de gonflement, de tension ou de pesanteur dans le bassin, douleurs lombaires, sacrées et inguinales, douleurs extérieures par accès plus ou moins fréquemment répétés et prolongés, douleurs particulières désignées par les noms de coliques ou crampes utérines, de ténesmes utérins, et enfin de tranchées. A la pression il y a insensibilité des parties engorgées, du moins dans l'intervalle des tranchées, ce qui différencie l'hypérémie de la phlegmasie, dans laquelle il y a vive douleur à la pression.

L'hypérémie de l'utérus donne rarement lieu à des symptômes généraux.

L'hypérémie utérine qui arrive aux époques menstruelles cesse ordinairement aussitôt que les règles ont commencé de couleur. Elle ne réclame d'autre traitement que les moyens employés pour hâter l'écoulement menstruel.

Dans les hypérémies qui ne sont pas sous l'influence de la menstruation, la première indication à remplir est d'éloigner les causes qui les ont provoquées ou qui les entretiennent, en pratiquant des saignées dérivatives faites par la lancette, les sangsues ou les ventouses, et par les irritants appliqués plus ou moins loin de l'organe congestionné.

PHLEGMASIES.

De la métrite aiguë.

Caractères anatomiques. Le tissu de l'utérus est gonflé, d'un rouge noirâtre, ramolli, friable, engorgé de sang mêlé à une sérosité purulente; çà et là on trouve plusieurs foyers de pus disséminés ou rassemblés dans des cavités plus ou moins vastes. Les sinus sont aussi remplis de pus, ainsi que les veines utérines, dans lesquelles on suit ce fluide jusque dans les gros troncs et jusque dans le cœur lui-même. Souvent on rencontre quelques parties putrilagineuses, noires et quelquefois, mais rarement, gangrénées. Souvent le ramollissement du tissu est tellement considérable, qu'on le déchire par la simple pression du doigt. On a observé des cas de perforation spontanée de l'utérus pendant la vie. Le siége de ces altérations peut occuper l'utérus en entier ou être borné au col seulement. Il n'est pas rare d'observer en même temps des altérations diverses du péritoine et de la vessie.

Causes. L'inflammation aiguë de l'utérus peut être causée par tout ce qui est susceptible d'irriter son tissu directement ou indirectement. Il est d'observation que la métrite aiguë est d'autant plus imminente, que les causes propres à la déterminer surprendront l'organe au moment où il est le centre de mouvements fluxionnaires et le siége d'engorgement congestif, comme aux époques menstruelles, à la suite des couches, etc.

Nous diviserons les causes les plus ordinaires de la métrite, comme M. Duparcque, à qui, du reste, nous emprunterons la majeure partie de ce que nous avons à dire sur les maladies de l'utérus, en :

1° *Mécaniques* ou *physiques.* Les secousses communiquées par des chutes sur les pieds, les genoux ou le bassin, l'introduction et le contact de corps étrangers, comme la présence d'un pessaire, la disproportion du pénis absolue ou relative à l'état naturel ou accidentel d'abaissement de l'utérus, la distension trop forte que fait éprouver à cet organe le produit de la conception, les violences qu'il aura éprouvées ou auxquelles il aura été soumis par un travail de parturition long et douloureux, par un accouchement laborieux, par des manœuvres ou l'instrumentation obligée, pour le terminer, ou par une délivrance difficile.

2° *Chimiques* ou *médicamenteuses directes*, comme les injections irritantes faites dans l'intention de modifier ou de supprimer des flux sanguins et humoraux anormaux produits par le vagin ou la matrice même.

3° *Chimiques internes, soit médicamenteuses, soit alimentaires.* L'usage d'aliments, de boissons ou de condiments échauffants, de médicaments généraux irritants, stimulants, ou ceux qui ont une action spéciale sur l'utérus.

4° *Physiologiques.* Ainsi l'excitation des organes génitaux par des désirs non satisfaits ou par la masturbation, l'acte vénérien, etc.

5° *Pathologiques.* Toutes les autres affections de l'utérus sont très-susceptibles d'y appeler l'inflammation.

6° *Spécifiques.* Le virus vénérien.

Symptômes. Les signes de la métrite aiguë sont le gonflement avec augmentation apparente de la densité du tissu de l'utérus. Je dis apparente parce que la dureté que celui-ci présente ne dépend pas d'une augmentation de consistance, puisque au contraire les épreuves nécroscopiques démontrent sa friabilité, mais parce qu'elle résulte seulement de sa distension par la présence en excès, dans son parenchyme, des fluides, et notamment du sang qui l'engorgent.

Le col de l'utérus, qui est le siége de cette inflammation ou qui la partage, est chaud, d'un rouge plus ou moins vif. Outre des douleurs intermittentes dues aux contractions du tissu de l'utérus, et qui constituent les tranchées ou coliques utérines, cet organe est sensible à la pression et est en outre le siége de douleurs continuelles. La pression des parois abdominales suffit pour les réveiller plus violentes, ce qui oblige les malades à tenir les jambes et les cuisses fléchies, le bassin relevé, afin de tenir les parois abdominales dans un état permanent de relâchement. Il ne s'écoule de la surface externe de l'utérus et du col, qu'une petite quantité de sang plus ou moins séreux. Les flux plus abondants qui pouvaient exister avant le développement de l'inflammation, sont par elle taris. Ainsi les règles sont supprimées et les lochies arrêtées.

Les parties voisines, et par le fait de ce voisinage ou des rapports plus immédiats qu'elles ont avec la matrice, deviennent aussi le siége de phénomènes plus ou moins constants.

De la compression qu'exerce l'organe malade sur les nerfs sacrés, des tiraillements qu'éprouvent ses ligaments, résultent des douleurs dans les régions lombaires, sacrées et inguinales; un sentiment insupportable d'engourdissement ou de contusion dans les fesses; une sensibilité exquise de la face antérieure des cuisses, qui ne supportent quelquefois pas sans douleur le simple frottement de la chemise ou des draps.

La compression de la vessie, aussi bien que son irritabilité exaltée, donne lieu à un besoin d'uriner à chaque instant renouvelé, ou à l'écoulement involontaire de l'urine. Les mêmes causes, agissant sur le col de la vessie et le canal de l'urètre, provoquent la dysurie et la rétention d'urine. C'est de la même manière que sont déterminées, tantôt la constipation, d'autres fois la diarrhée avec des ténesmes et des épreintes très-pénibles. Toutefois ces phénomènes peuvent être produits par l'inflammation qui s'est propagée de la matrice aux organes qui les fournissent.

En même temps se manifestent des symptômes généraux parmi lesquels prédominent ceux caractérisant un état fébrile plus ou moins intense, avec exaspérations vespériennes et une disposition toute particulière aux nausées et aux vomissements. Il m'a semblé que ces phénomènes sympathiques étaient le plus souvent nuls ou bien moins marqués dans les engorgements dont le volume considérable faisait présumer un état de congestion simple, que dans les engorgements peu développés accompagnés de phénomènes locaux indiquant un état inflammatoire incontestable.

La métrite peut être portée à un degré d'intensité tel que le trouble qu'elle entraîne dans les fonctions générales amène la mort en quelques jours, rarement cependant avant le septième, à moins de complications de péritonite, comme à la suite de couches. Souvent dans ces cas la suppuration développée à la surface interne ou dans l'épaisseur des parois de cet organe, et surtout dans les sinus utérins, se propage aux veines, et son produit entraîné par le torrent circulatoire, va au loin exercer une action délétère sur les organes immédiatement essentiels à la vie. C'est de cette manière qu'a fréquemment lieu la terminaison funeste de la métrite puerpérale, comme l'ont démontré par leurs savantes recherches les docteurs Cruveilhier et Dance.

D'autres fois c'est à l'extérieur de l'utérus ou au-dessous de la tunique péritonéale ou dans l'épaisseur de ses ligaments, etc., que la suppuration s'établit et forme des foyers plus ou moins volumineux, tantôt s'ouvrant dans la cavité péritonéale, ou dans le rectum ou dans la vessie ou dans le vagin, d'autres fois se manifestant à l'extérieur, soit directement, soit après avoir fusé à travers les voies cellulaires plus ou moins longues et détournées, ainsi au-dessus du pubis, aux aines, aux lombes, aux fesses, etc. M. Duparcque possède plusieurs exemples de ces terminaisons ordinairement heureuses.

Il n'est pas rare de trouver à la suite de ces métrites violentes, à marche rapide et à terminaison promptement funeste, quelques portions de l'utérus ramollies, réduites en putrilage et frappées de gangrène. On reconnaît pendant la vie cette altération à la couleur noire, et surtout à l'odeur putride que répandent les matières qui s'écoulent du vagin. Mais il faut remarquer que ces signes n'annoncent pas toujours la gangrène de la matrice : ils sont également fournis par la putréfaction de portions de placenta, de membranes ou de caillots qui ont été retenus et ont séjourné dans la cavité utérine. La méprise est alors d'autant plus facile que ces rétentions anormales donnent lieu aux autres signes les plus caractéristiques de la métrite, et que ces phénomènes phlegmasiformes persistent jusqu'au moment où les matériaux retenus ou en putréfaction sont expulsés, et

que les phénomènes généraux, également ceux d'une réaction active dans le principe, prennent à la fin un caractère adynamique, nouvelle cause de méprise.

D'autres fois la métrite se termine par une résolution graduelle. Les symptômes, perdent de leur acuité ; l'utérus se dégorge, et ce dégorgement est favorisé ou annoncé par le retour des exhalations sanguines, ou par un flux muqueux plus ou moins abondant. Il est bien important de surveiller l'organe utérin dans ce cas. La grande tendance qu'a l'inflammation de passer et de se maintenir à l'état chronique est favorisée par l'abandon trop précipité des moyens thérapeutiques et la négligence précoce des précautions hygiéniques. Les femmes débarrassées de leurs souffrances, se croient facilement hors de tout danger, et malheureusement beaucoup de praticiens partagent cette trompeuse sécurité. Dans leur satisfaction vaniteuse d'avoir pu détourner un danger imminent, ils ne songent pas assez à ceux qui couvent alors pour éclater, non moins terribles, à une époque plus ou moins éloignée. Les femmes passent en peu de jours d'un bien-être que l'espoir leur faisait exagérer, à un état habituel de malaise ; les fonctions de l'utérus ne se rétablissent pas. Heureux encore, quand après un temps plus ou moins éloigné, on reconnaît le mal et qu'on sait lui opposer des moyens, qui, rationnellement et convenablement employés, ramènent l'organe à son état naturel, et le rétablissent dans ses fonctions.

Le *pronostic* de la métrite aiguë, sans être aussi grave que le croient les auteurs, est toujours fâcheux. Celle qui suit l'accouchement porte surtout ce caractère. Cependant je suis convaincu par ma propre expérience que si on est assez attentif pour reconnaître et apprécier la maladie dès son début, et assez actif pour lui opposer un traitement largement antiphlogistique, on peut, sinon toujours, du moins dans la majeure partie des cas, empêcher une terminaison funeste.

On doit beaucoup espérer cet heureux résultat quand la métrite est simple. Il est plus douteux dans les complications de péritonite, et c'est même à cette complication qu'il faut attribuer le pronostic fâcheux que l'on a porté sur la métrite puerpérale.

La métrite même puerpérale qui a été provoquée par des efforts ou des violences exercées sur l'utérus est rarement fâcheuse.

Celle qui dépend des causes indirectes, comme des passions violentes, de refroidissement après l'accouchement, a un caractère bien plus grave. Il est essentiellement funeste, quand la métrite se développe, sous l'influence de causes générales, comme sous certaines constitutions épidémiques ou endémiques, ou sans autre cause appréciable, qu'une perturbation qui paraît frapper toute l'économie de certaines accouchées. Dans la plupart de ces cas la métrite ne paraît être que l'une des expressions locales de l'altération de tout l'individu ; c'est donc sur celle-ci et non sur la métrite exclusivement, que porte le pronostic ; il serait aussi peu rationnel de se borner dans ces cas à un traitement local ou exclusivement dirigé contre la maladie de la matrice.

On ne confondra pas avec la métrite aiguë, pour peu qu'on y porte une attention suffisante : 1° les symptômes quelquefois très-violents, qui annoncent l'établissement ou le retour de la menstruation chez les filles; 2° les douleurs d'accouchement ou d'avortement dans les cas de grossesse peu avancée ou obscure, ou que les malades auraient intérêt à céler ; 3° chez les nouvelles accouchées à terme ou non : soit le renversement de l'utérus, soit l'état congestif inévitable, accompagné de coliques utérines, soit les accidents dépendants de la rétention de tout ou partie du placenta, des fragments de membranes, ou de caillots de sang, ou enfin les symptômes dépendants de la présence d'un second enfant, etc.

Traitement. Éloigner les causes qui ont déterminé le développement de la métrite, si, existant encore, elles tendent à l'entretenir; détruire, par des moyens convenables, les effets de l'action de ces causes, comme avec les antispasmodiques, dans les cas d'ébranlement du système nerveux par des passions, des émotions violentes, avec les diaphorétiques, lors de refroidissement, etc., forment les premières indications à remplir. Immédiatement après ces premiers moyens, ou simultanément, on aborde le traitement antiphlogistique : saignées générales, et par les veines brachiales de préférence ; saignées capillaires au moyen de sangsues appliquées à la vulve, aux régions inguinales et hypogastriques, à l'anus ; ventouses scarifiées près des seins, aux lombes, sur le bas-ventre, aux cuisses.

Pour le choix du genre des saignées, des lieux où on doit les pratiquer, leur répétition, la quantité de sang à évacuer, on prend en considération l'état général des forces ou l'activité de la réaction, le degré d'intensité de la maladie, la période à laquelle elle est arrivée, la nature des causes qui l'ont provoquée, et les circonstances au milieu desquelles l'affection s'est développée.

En thèse générale, les saignées locales sont d'autant plus efficaces dans la métrite qu'elles sont de prime abord plus abondantes ou que l'on a préalablement dégorgé le système circulatoire et abattu la réaction générale par une ou plusieurs saignées veineuses.

En même temps on couvre le bas-ventre d'applications émollientes ; on injecte des li-

quides adoucissants dans le vagin ; on fait prendre des lavements de même nature ; on prescrit un repos absolu, la diète rigoureuse, des boissons douces et rafraîchissantes, rendues parfois laxatives ou diurétiques. Les irritants, promenés sur différents points de la surface du corps, agissent aussi avec avantage en appelant les mouvements vitaux et le sang du centre à la circonférence.

La succion des mamelles, chez les nouvelles accouchées, et à son défaut les ventouses appliquées sur ces parties, excitent ou activent d'une manière plus efficace encore le mouvement dérivatif.

Les bains, dans les cas de métrite aiguë, comme dans les péritonites péritonéales, m'ont généralement paru plus nuisibles qu'utiles ; rarement j'en ai vu de bons effets ; très-fréquemment ils en ont produit de mauvais. Les déplacements toujours douloureux de la malade, la difficulté de l'entourer de précautions suffisantes pour écarter les inconvénients ordinaires des bains, et peut-être l'appréciation difficile d'une température convenable, selon les cas particuliers ; toutes ces circonstances rendent ce moyen d'une application si délicate, que mieux vaut s'en dispenser que d'y avoir recours.

Il arrive assez souvent que, malgré l'emploi aussi actif que bien entendu de tous ces appareils de moyens rationnels, l'utérus reste gonflé, engorgé, comme si la maladie locale devenait stationnaire. Les phénomènes généraux ou sympathiques, et les symptômes aigus locaux ont cédé en partie ; on a beau revenir ou persister sur l'emploi des mêmes moyens, qui ont arrêté l'inflammation dans sa marche progressive, ils ne peuvent plus rien pour la faire rétrograder et amener la résolution. Il est évident que, dans ces cas, le parenchyme de l'utérus, distendu outre mesure par l'engorgement, a perdu la tonicité suffisante pour, en revenant sur lui-même, se débarrasser des fluides qui l'engorgent. Pareille chose paraît exister pour les phlegmasies pulmonaires, dans cet état nommé hépatisation si fréquent et si funeste surtout chez les vieillards. L'analogie est encore plus frappante entre cet engorgement utérin, devenu pour ainsi dire atonique, et celui que présente la langue dans certaines glossites. Dans tous ces cas, je le répète, le sang qui engorge les tissus malades paraît être hors du cours de la circulation générale, car ce serait en vain que l'on tirerait jusqu'à la dernière goutte du sang en circulation, l'engorgement n'en persévérerait pas moins au même degré. C'est parce que l'on n'obtient en général qu'une résolution incomplète, que souvent l'utérus conserve à la suite d'une métrite aiguë, des éléments d'altération qui, tôt ou tard, prennent un caractère grave.

Quels moyens conviendraient donc pour favoriser et obtenir la résolution, plus facile et plus complète, de ces engorgements sanguins, parfois si tenaces, de l'utérus ? Ici l'analogie d'état pathologique, avec la pneumonie hépatisée et la glossite, nous a conduit à recourir aux mêmes moyens qui ont jusqu'ici paru les plus avantageux contre ces dernières maladies, et dont nous-même nous avons souvent constaté l'efficacité, savoir l'émétique, comme contre-stimulant, dont tant de faits ne laissent plus douter de l'action résolutive dans la pneumonie ; les saignées locales immédiates sur la langue au moyen de sangsues ou de scarifications dans les glossites.

Je n'ai eu qu'à me louer de l'application que j'ai faite de ces moyens aux cas de métrite aiguë.

Quant au tartre stibié, ce n'est pas par les voies digestives que j'ai cru devoir l'administrer ; j'aurais craint que, s'il n'était pas toléré, les secousses du vomissement, ou n'augmentassent l'irritation et la phlegmasie de l'utérus, ou qu'elles n'exaspérassent ou développasent la péritonite, si imminente à venir compliquer la métrite à la suite des couches. C'est par l'absorption cutanée que j'ai fait pénétrer le médicament dans l'économie, en l'appliquant en frictions sur de grandes surfaces, et réitérant souvent l'application.

Cette médication m'a paru produire des résultats incontestables, en activant d'une manière remarquable la résolution de la métrite, lorsque après avoir employé le traitement ordinaire, cette maladie tendait à rester stationnaire (Duparcque, *Traité des altérations de la matrice*).

MÉTRITE CHRONIQUE (1).

Caractères anatomiques. On peut bien sur le cadavre, ou à l'inspection anatomique d'un engorgement, reconnaître s'il consiste en un état *squirrheux,* ou en une simple phlegmasie chronique avec *induration;* mais encore ces deux états offrent-ils de telles analogies, dans quelques circonstances, qu'il est parfois embarrassant de prononcer auquel des deux appartient la pièce d'anatomie pathologique que l'on a sous les yeux.

Le *squirrhe* se caractérise par la couleur blanche, avec une teinte bleuâtre ou grisâtre de son tissu, qui est demi transparent, très-dur, résistant et criant sous l'instrument qui le divise. Selon la disposition alvéolaire ou rayonnée de sa trame, et sa couleur plus ou moins blanche, il présente l'aspect du marron, du navet, des cartilages ou des ligaments invertébraux. Ordinairement on ne trouve, dans sa composition, que peu ou même point de traces du tissu propre à l'organe au milieu duquel cette altération s'est développée.

(1) Cet article est emprunté à l'excellente Monographie de M. le docteur Duparcque.

Dans l'engorgement par *induration* le tissu qui le compose, et qui offrait sur le vivant une dureté analogue à celle du squirrhe, est, sinon ramolli, du moins souple; la couleur du tissu qui en est le siége a seulement pâli. On distingue encore assez facilement ce tissu dont les fibres ne sont qu'écartées par la présence d'une matière fibro-albumineuse plus ou moins concrète, et que l'on peut parfois exprimer par la pression ou le grattage, surtout après une macération de quelques jours. Il semblerait qu'ici il y a seulement mélange du produit de la phlegmasie chronique avec le tissu de l'organe, tandis que dans le squirrhe il y aurait une sorte de combinaison qui donne à l'altération un aspect plus homogène. A mesure que l'induration devient plus ancienne, les différences anatomiques qui la distinguent du squirrhe diminuent et s'effacent, le tissu de l'organe s'affaisse et disparaît; la matière infiltrée devient de plus en plus concrète, et, en passant à une sorte d'état cartilagineux, elle prend la couleur plus grise et la teinte plus transparente qui caractérisent l'état squirrheux. Voilà encore une des raisons pour lesquelles, sans doute, beaucoup de pathologistes considèrent ces deux états, l'*induration* et le *squirrhe,* comme deux degrés seulement d'une même maladie.

Caractères diagnostiques. S'il est parfois plus difficile de reconnaître, à l'inspection anatomique, quand un engorgement appartient à l'*induration* plus ou moins avancée ou à un squirrhe cru, il l'est bien plus encore de distinguer ces deux états pathologiques chez le malade. Causes, symptômes, terminaison, tout est semblable ou commun; ou bien s'il y a quelques signes pathognomoniques propres à l'un et étrangers à l'autre, les variétés de ces signes, et surtout leur inconstance, font disparaître ces différences diagnostiques ou les rendent peu appréciables.

Or, voyons la valeur de ces signes diagnostiques: ils portent sur la forme, la consistance, la couleur apparente du tissu, sur le caractère des douleurs auxquelles il donne lieu, et sur les troubles qu'ils entraînent dans les fonctions de la matrice considérée comme émonctoire menstruel, etc.

I. *Forme.* On a dit que la tumeur produite par l'inflammation chronique ou l'induration, présentait une surface égale, tandis qu'elle était mamelonnée, bosselée dans le squirrhe; mais bientôt, pressé par les faits, on a contradictoirement avoué que ce signe était très-variable et inconstant (Gardien, Nauche, etc.). Nous ajouterons qu'il n'est pas exclusif aux engorgements squirrheux.

Et en effet on trouve des cols utérins squirrheux, de forme globulaire, sans inégalité aucune à leur surface; tandis que d'autres engorgements qui, par leur peu d'ancienneté, la nature des causes auxquelles ils ont immédiatement succédé, la promptitude avec laquelle on a pu en obtenir la résolution, portaient évidemment et d'une manière non équivoque le caractère essentiellement inflammatoire, chronique ou d'induration, présentaient néanmoins des bosselures.

Hâtons-nous de le dire, cependant, les bosselures dans le cas de métrite chronique et d'induration du col utérin, ont en général une disposition particulière. Elles sont séparées par des sillons plus ou moins profonds, perpendiculaires à l'orifice utérin que chez les femmes qui avaient eu un et le plus souvent plusieurs enfants, j'ai pu m'en rendre raison de la manière suivante. Le pourtour de l'orifice externe de l'utérus a pu être déchiré ou fissuré lors du passage de l'enfant, et ces fissures auront formé des cicatrices qui n'ont pas dû prêter, comme les parties voisines, à la distension que l'engorgement morbide a fait éprouver au col utérin. Ces sillons correspondent ordinairement aux commissures du museau de tanche, et quelquefois existent aussi en avant ou en arrière, ce qui fait paraître l'engorgement comme formé par plusieurs tumeurs globuleuses adossées les unes aux autres.

Parfois, le fond de ces fissures s'excorie et devient le siége d'un suintement qui pourrait en imposer pour l'existence d'ulcères squirrheux. Je n'ai trouvé dans les auteurs qu'un seul fait bien circonstancié qui puisse se rapporter à cette disposition singulière.

II. *Consistance.* Les humeurs qui gorgent les tissus malades ajoutent à la consistance propre des engorgements par inflammation chronique et par induration, et peuvent leur donner une apparence de fermeté, de dureté analogue à celle qui est propre au squirrhe; mais cette consistance disparaît après la mort ou après la séparation de la partie malade. Parmi les pièces anatomiques communiquées aux sociétés académiques par un chirurgien célèbre pour l'amputation des cols utérins, nous en avons vu plusieurs que l'on donnait comme ayant offert tous les caractères du squirrhe et traitées en conséquence par le bistouri, qui maintenant prouveraient par la mollesse et la souplesse de leur tissu, qu'elles n'étaient pas même frappées d'induration, mais qu'elles avaient été simplement affectées de phlegmasie chronique peu avancée, et surtout très-susceptibles d'être guéries sans opération. Nous aurons l'occasion de citer des exemples analogues plus circonstanciés.

La dureté des engorgements utérins ne peut donc fournir de signe positif sur leur nature.

III. *Couleur.* La couleur d'un engorgement quelconque de l'utérus n'est appréciable que quand celui-ci occupe le col de l'organe. On peut alors la reconnaître, soit directement,

en écartant les grandes lèvres, quand la matrice est basse, soit au moyen du spéculum, ce qui est possible dans tous les cas.

Nous retrouvons, dans un ouvrage moderne, déjà cité, la couleur rouge plus ou moins brune, donnée comme signe du squirrhe. Or, cette couleur ne saurait dépendre, ni du squirrhe, ni de l'engorgement par inflammation chronique ou par induration, puisque ces deux genres d'altération sont caractérisés par la blancheur plus ou moins grande de leur tissu : tout au plus pourrait-elle coexister avec ces affections, et par suite de l'inflammation rouge que leur présence peut développer, soit dans la tunique muqueuse qui, prolongée du vagin recouvre le museau de tanche, soit dans la couche plus ou moins épaisse du tissu propre de l'organe, non encore envahie par l'altération, circonstance néanmoins fort rare, si j'en juge d'après mes observations. J'ai vu bien des engorgements durs, et jamais je n'ai trouvé cette couleur rouge brun mentionnée par la plupart des auteurs qui, sur ce point comme sur tant d'autres, se sont copiés sans vérifier les faits. Dans le grand nombre des cas que j'ai observés, toujours la surface du museau de tanche engorgé présentait une teinte rosée superficielle, ou une simple arborisation rouge sur un fond blanchâtre.

Il est donc probable que l'on aura confondu avec l'engorgement squirrheux ou induré, ceux produits par une congestion sanguine avec hémorragie, maladies qui ont pour effet de donner au tissu qui en est affecté une couleur rouge plus ou moins foncée. On peut en dire autant de ces autres signes : *la mollesse, l'état comme spongieux du col*, et la facilité d'en *exprimer du sang* par le toucher; signes propres aux altérations sanguines sus-énoncées, et que nous n'avons jamais vus, que l'on ne peut réellement trouver, quoi qu'on en ait dit, dans des engorgements indurés ou squirrheux au premier degré. Quand ces engorgements ont passé à l'état de ramollissement, d'ulcération, en un mot, ont revêtu la forme cancéreuse, ils peuvent présenter des signes analogues; mais alors, la maladie a changé, elle appartient aux affections cancéreuses confirmées, et elle offre en outre des signes particuliers qui ne permettent pas de confondre ce nouvel état avec l'engorgement sanguin simple et primitif.

Ainsi, la couleur de l'altération peut bien servir à caractériser celle qui est produite par l'engorgement sanguin; mais elle n'offre point de signes spéciaux pour distinguer l'engorgement par induration ou la métrite chronique de l'engorgement squirrheux.

IV. *Douleurs*. Nous n'avons à nous occuper pour le moment que du genre particulier de douleur assigné comme caractère pathognomonique du squirrhe, et qui consiste en des élancements aigus, vifs et prompts, que le docteur Cruveilhier a heureusement peints, par la dénomination expressive d'*éclairs de douleur*.

Or, d'une part ces douleurs ne sont rien moins que constantes, et c'est au point que les médecins qui se sont occupés de l'étude des affections cancéreuses, dont le squirrhe fait partie, ont avancé avec raison, que l'altération squirrheuse était indolente par sa nature, et que l'on devait attribuer les douleurs dont elle peut être le siége, soit au voisinage de filets nerveux, soit à ce que quelque nerf se trouve lui-même compromis dans l'altération.

D'une autre part, des engorgements qui paraissent évidemment loin d'être parvenus au degré squirrheux, s'accompagnent de douleurs tellement aiguës et insupportables, que les expressions dont se servent les malades pour les dépeindre sont bien de nature à embarrasser l'observateur le plus prévenu.

Ainsi donc encore, le diagnostic ne peut trouver dans les douleurs de signes distinctifs entre l'engorgement par phlegmasie chronique ou l'induration et l'engorgement squirrheux.

Ces deux états offrent encore moins de différences diagnostiques, quand on les considère sous les divers points de vue de leurs causes, des phénomènes locaux et généraux qu'ils déterminent, de leur marche et de leur terminaison. Otez à la description affectée à chacun de ces états, le titre que les auteurs lui ont assigné, et je défie qu'il soit possible de dire : Telle description appartient à la métrite chronique, telle autre à l'induration, telle autre à l'engorgement squirrheux. C'est du moins ce que nous avons éprouvé, non-seulement à la lecture, mais à la méditation attentive de l'histoire de ces maladies, et dans les traités spéciaux, et dans les ouvrages sur les accouchements et les maladies des femmes.

Force nous est donc de confondre l'histoire de ces deux états, comme ils sont ordinairements indistincts dans la pratique, d'autant plus que les indications, ainsi que les moyens propres à les remplir sont à peu près les mêmes dans les deux cas. Nous nous réservons toutefois de signaler en temps et lieu les circonstances qui peuvent concourir à faire présumer la nature réciproque, et les modifications que chaque affection doit imprimer à leur thérapeutique. Jusque-là nous croyons donc être en droit de les réunir et de les désigner par la dénomination collective d'*engorgements durs*.

Causes. L'utérus peut être affecté d'engorgements durs, soit dans sa totalité, soit seulement dans quelqu'une de ses parties; quelquefois le corps seul est engorgé, le plus commu-

nément l'engorgement est borné au col, ou même à une de ses lèvres, et dans ce dernier cas, il porte plus souvent sur la lèvre postérieure que sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

Les causes de ces engorgements sont toutes les circonstances capables de produire l'inflammation elle-même, et qui déjà ont été signalées dans ce travail. Il suffira de rappeler ici les principales, qui sont la précipitation du sang vers l'utérus, par l'usage de substances excitantes et stimulantes, la masturbation, etc., la suppression du flux sanguin pendant le molimen menstruel ou du dégorgement de l'utérus, par les lochies après l'accouchement, ou des flux hémorragiques accidentels, alors que le mouvement congestif qui les occasionne n'est pas encore arrêté ou détruit. Ces suspensions ou suppressions sont le résultat de l'action du froid; des agents stiptiques ou astringents, des émotions morales, etc. Telles sont encore les irritations directes de la matrice par le coït, la présence d'un pessaire, l'état de grossesse, un avortement, le travail de l'enfantement, ou les violences exercées par l'emploi des instruments, par des manœuvres mal dirigées, faites dans l'intention, soit d'activer la délivrance, soit d'opérer la version de l'enfant, soit de détacher ou d'extraire le placenta, soit de vider l'utérus du sang qui s'y serait épanché, soit enfin pour faire cesser un état d'inertie de cet organe.

La fatigue, les efforts, les chutes et les commotions qui portent leurs effets sur la matrice, sont également susceptibles d'en provoquer l'engorgement. L'âge critique agit aussi, comme cause déterminante ou prédisposante de cet engorgement, soit par les changements que cette époque amène dans l'organisation de l'utérus, soit par les dérangements qu'elle provoque dans la menstruation.

L'engorgement dur de la matrice peut enfin succéder, et à la phlegmasie aiguë de cet organe, quelle qu'en soit la cause, et à son engorgement sanguin chronique.

Quelques circonstances de siéges et de rapports entre les engorgements durs et leurs causes, et surtout relativement aux époques de leur développement, peuvent fournir des indices sur la nature inflammatoire ou squirrheuse de ces engorgements. Voici quelques résultats généraux obtenus de la comparaison d'un grand nombre de faits.

1° Les engorgements qui affectent l'utérus chez les filles portent en général le caractère fluxionnaire ou inflammatoire. Ils affectent alors aussi, le plus ordinairement, pour ne pas dire toujours, la totalité de l'organe.

2° Il en est de même de ceux qui ont succédé à l'accouchement à terme ou avant terme; mais à l'inverse des précédents: le plus ordinairement ils intéressent le col de l'utérus exclusivement.

3° Les engorgements durs, quels que soient leur siége et leur cause, qui ont lieu chez les femmes jeunes encore, appartiennent en général à l'induration, bien plus souvent qu'à l'état squirrheux.

4° Ces engorgements peuvent conserver leur caractère de métrite chronique ou de simple induration, pendant plusieurs années; mais à l'approche de l'âge critique, ils ont de la tendance à passer par l'état squirrheux, au cancer confirmé. Que s'ils dépassent cette époque sans changer de nature, ils éprouvent successivement les transformations cartilagineuse et osseuse.

5° Les engorgements qui surviennent pendant l'âge critique sont en général, et de prime abord, de nature squirrheuse, cérébriforme, etc., et quand ils commencent par un état inflammatoire, celui-ci n'est que transitoire et dure peu.

6° Les engorgements qui naissent et se développent un certain laps de temps après la cessation normale de la menstruation, ce qui, pour le dire en passant, arrive le plus rarement, offrent un tissu extrêmement compacte, squirrheux. Ces engorgements n'occasionnent presque jamais d'autres incommodités que celles qui résultent pour les organes voisins, de leur volume et de leur poids.

7° Les engorgements qui ont acquis assez promptement un certain volume, constituent plutôt une métrite chronique, d'après l'application ordinaire de ce nom, qu'un squirrhe dont le développement est en général plus lentement graduel. Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, préférerais-je avoir à traiter un engorgement volumineux du col, plutôt qu'un de ces endurcissements partiels qui sont comme perdus ou isolés au milieu du parenchyme de cette partie. Lorsqu'après avoir obtenu la résolution des engorgements comme diffus ou généraux, il reste de ces petits noyaux durs dans les lèvres du museau de tanche, il faut craindre la récidive.

Symptômes, signes et phénomènes accidentels des engorgements durs.

Quoique, dans quelques cas, les engorgements durs de la matrice puissent exister et même acquérir un développement parfois extraordinaire, sans occasionner de phénomènes marqués, le plus ordinairement cependant ils donnent lieu à des symptômes variés, à des accidents plus ou moins intenses. Est-il besoin de redire que ces phénomènes et ces accidents attirent seuls l'attention de la plupart des praticiens qui, négligeant de remonter à la source qui les produit, fatiguent le malade de traitements symptomatiques qui, outre leur inefficacité, laissent à la maladie fondamentale

le temps de marcher, si toutefois ils n'en activent pas le développement ultérieur, bien qu'il suffise souvent de ne s'occuper que de l'engorgement pour voir disparaître ces accidents; toutefois ils peuvent offrir un tel degré de violence et d'intensité qu'ils réclament l'usage de moyens particuliers et directs. Mais ce traitement symptomatique, alors indiqué, ne doit jamais faire négliger le traitement de l'altération principale.

A. *Descente de matrice.* Le plus fréquent de ces accidents locaux est la chute de l'utérus. La pesanteur qu'acquiert l'organe par le fait de son engorgement, en occasionnant d'autant plus facilement la précipitation que ses soutiens ordinaires auront perdu leur résistance, que les ligaments auront été relâchés, le vagin élargi, etc., par une ou plusieurs grossesses antérieures.

Cet accident fournit le moyen de s'assurer plus directement de l'état de la matrice; malheureusement, on sait rarement en profiter. On ne voit que la descente, on applique le pessaire, et l'on s'étonne, ou qu'il ne puisse être supporté, ou que, loin de faire cesser la gêne et les douleurs variées que l'on attribuait au déplacement, la présence de cet instrument les exaspère, ou devient ainsi la cause déterminante d'altérations plus graves, d'ulcères cancéreux, comme on en a des exemples rapportés dans les auteurs.

La position et le repos suffisent toujours pour faire disparaître cette infirmité, et la résolution de l'engorgement peut seule la guérir radicalement.

Nous répéterons que le coït conseillé dans l'intention de provoquer une grossesse, prétendue curative de la descente de matrice, est dans ce cas plus préjudiciable qu'utile. Car, ajoutant à l'intensité de la cause, ce moyen ne saurait par conséquent qu'aggraver ses funestes résultats.

Dans les cas où l'on a trouvé la matrice cancérée hors de la vulve, croit-on que c'est le déplacement qui est devenu la cause de l'altération cancéreuse? N'est-ce pas plutôt l'engorgement ancien et négligé qui a déterminé la chute de l'organe et la source de son altération cancéreuse?

La descente de matrice contribue avec l'augmentation de volume de l'organe à comprimer plus ou moins douloureusement le canal, le méat urinaire et le rectum, d'où la dysurie ou la rétention des urines, le ténesme et la constipation plus ou moins opiniâtre.

B. *Douleurs.* L'engorgement de l'utérus, quelles que soient sa cause et sa nature, produit un sentiment de gêne, d'embarras dans le bassin, de la pesanteur sur le siége, la sensation d'un corps qui voudrait s'échapper de la vulve, sensation comparable quelquefois à celle que produit la tête de l'enfant engagée dans l'excavation du bassin, des tiraillements douloureux dans les reins et les aines. Il existe fréquemment de l'engourdissement dans les membres pelviens, des douleurs contusives au-devant des cuisses, et cette région acquiert une sensibilité quelquefois si exquise que le plus léger contact en est insupportable par la vivacité des douleurs qu'il produit. Les femmes, dans ce cas, se plaignent aussi comme d'un sentiment de pression désagréable dans les muscles fessiers, ou d'une constriction semblable à celle que produirait un cercle de fer fortement serré autour du bassin.

Outre ces douleurs, qui dépendent de la gêne, de la compression et des tiraillements que l'utérus exerce sur les parties environnantes par le fait de l'augmentation de son poids et de son volume, et de son déplacement, il en est d'autres qui ont leur siége dans l'organe même, quoique les malades les rapportent aux régions sacro-lombaires et coxales placées au niveau des parties malades. Ces douleurs consistent, soit dans une sensation de chaleur ou de brûlure, soit en des douleurs aiguës, térébrantes, pongitives, lacinantes, plus ou moins continuelles, ou passantc omme des éclairs. La marche, la station droite ou assise trop longtemps prolongées les augmentent. La position horizontale les calme ou les suspend, si ce n'est cependant la sensation d'ardeur et de brûlure que la chaleur du lit rend quelquefois insupportable.

La susceptibilité naturelle de l'utérus, l'état nerveux de la maladie, influent beaucoup sur le caractère et la force des douleurs; elles deviennent plus intenses, ainsi que les autres accidents, aux époques menstruelles, ou lorsqu'une cause quelconque excite la congestion utérine, et surtout quand l'engorgement ou les parties voisines sont frappés d'une exacerbation de l'état phlegmasique, s'il existe, ou du développement d'une inflammation plus ou moins aiguë, dans le cas contraire.

En général, il n'existe pas de rapport entre le degré de développement et l'état avancé ou non de l'engorgement, et l'intensité des douleurs; un engorgement volumineux et parvenu à l'état squirrheux, n'occasionne souvent que peu ou même point de douleurs, tandis que d'autres fois, des douleurs extrêmement vives et aiguës coïncident avec un engorgement très-modéré; il arrive même dans certains cas que les douleurs sont, par leur prédominance, si peu en rapport avec l'engorgement, que celui-ci semble alors n'être que le résultat de ces douleurs, par suite de l'afflux humoral qu'elles provoquent. L'engorgement à caractère phlegmasique ou fluxionnaire n'est donc ici que symptomatique; les douleurs constituent l'affection primitive; elles présentent alors le caractère essentiellement névral-

gique non-seulement par leur nature, leur essentialité, mais surtout par la marche plus ou moins régulière qu'elles affectent.

Ce serait peut-être ici le lieu de chercher à établir les rapports qui peuvent exister entre l'affection nerveuse appelée hystérie, et l'état pathologique de la matrice. Nous dirons seulement qu'il résulte pour nous de l'observation d'un grand nombre de faits, 1° que les phénomènes nerveux généraux dont l'ensemble constitue l'hystérie, s'établissent parfois sans qu'il y ait altération organique, ou affection vitale de l'utérus et de ses annexes; 2° que néanmoins c'est à l'un ou l'autre de ces états pathologiques des organes génitaux, et surtout à une excitation nerveuse locale, le plus souvent associée à une phlegmasie de l'utérus, que le plus ordinairement l'hystérie doit son existence, ou son développement; que par conséquent cette maladie, ou forme morbide, est tantôt essentielle et purement nerveuse, d'autres fois consécutive ou symptomatique; 3° nous ajouterons que, dans ces derniers cas, il arrive que des accès hystériques essentiels, ayant perturbé les fonctions utérines, ont introduit dans cet organe un élément d'altération qui réagit ensuite sur le système nerveux, et rappelle à son tour les phénomènes hystériques qui pour lors reprennent le caractère symptomatique; 4° enfin, on a dû remarquer qu'il y a en général peu de rapports entre le degré d'affection ou d'altération de la matrice, et l'intensité ou la violence des accès hystériques.

Relativement à la chlorose, on pourrait la considérer comme un état pathologique entièrement opposé à l'hystérie symptomatique. Dans celle-ci il y a évidemment surcharge d'innervation vers les organes générateurs; dans la chlorose il semble y avoir plutôt défaut d'innervation utérine.

Je ne puis omettre de mentionner ici que quelques femmes sont aux approches du retour d'âge, tourmentées par des douleurs qui ne paraissent pas avoir de point de départ bien fixe, mais qui, attaquant les parties contenues dans le bassin, ou avoisinant cette région, pourraient en imposer et faire croire à l'existence d'une altération cancéreuse de l'utérus. Ces douleurs sont plus fortes qu'aiguës, plutôt térébrantes, compressives et contusives, que lancinantes; elles s'étendent du fond du bassin aux parties externes de la génération et à l'anus, troublent les excrétions alvines et urinaires; elles reviennent par accès plus ou moins rapprochés, et dont la durée varie d'une heure à plusieurs jours; elles ont pour effet constant, du moins l'ai-je remarqué dans les quatre cas que j'ai eu l'occasion d'observer, de jeter les femmes qui en sont affectées dans un état inquiétant de mélancolie, de morosité et d'hypocondrie, probablement déterminé par les inquiétudes qu'inspire le siége des douleurs, et par la crainte qu'elles ne soient les indices d'une affection cancéreuse. Nous avons vu de très-habiles praticiens très-embarrassés sur le diagnostic de ce genre de maladie; et cependant une exploration attentive montre aisément que ces douleurs ne sont liées à aucune altération organique ou affection quelconque de l'utérus; elles constituent une espèce particulière de névralgie. L'exercice et la distraction suffisent ordinairement alors pour éloigner le retour des accès, les rendre moins intenses ou les faire disparaître. D'autres fois ces douleurs paraissent le résultat de quelque affection rhumatismale qui auparavant erratile, semble s'être fixée vers les organes sexuels.

L'engorgement dur du corps de l'utérus occasionne moins souvent des douleurs fortes et aiguës, qui sont un des plus constants caractères de l'engorgement du col.

C. *Troubles des fonctions de l'utérus.* Quand l'engorgement est peu considérable, qu'il n'affecte qu'une partie limitée du corps de l'urétus, ou seulement le col, il ne peut pas s'opposer à la fécondation et à ses résultats. Il existe un grand nombre d'exemples d'engorgements, dits squirrheux, du col de l'utérus, qui, ne s'étant pas opposés à l'accomplissement de la génération, ni à la marche de la grossesse, ont apporté, à la sortie de l'enfant, un obstacle tel qu'on a été dans la nécessité de recourir à l'instrument tranchant, pour que l'accouchement pût se terminer. On se rappellera toutefois que nous avons démontré plus haut que ce que les accoucheurs ont regardé comme des engorgements par induration, paraissait plutôt dépendre, dans un certain nombre de cas, d'une hypertrophie, et que la belladone est alors la pierre de touche avec laquelle on lève tout doute à cet égard. On conçoit que quand l'engorgement affecte entièrement le col de l'urétus, et surtout le corps de cet organe, la fécondation n'est plus possible, mais la fécondité peut être rétablie, dès que l'on a obtenu la résolution de l'engorgement, comme nous en donnons plus loin des exemples.

Tout engorgement dur, sans ulcération, doit aussi suspendre ou diminuer, rendre en un mot plus difficile la sécrétion menstruelle; et en effet, la dysménorrhée est le signe le plus constant de ces affections. Lorsque l'engorgement est limité, il peut bien par les tiraillements, l'irritation que sa présence occasionne sur les parties restées saines, déterminer des congestions sanguines et des flux hémorragiques plus ou moins abondants; mais ces cas sont extrêmement rares. C'est d'après l'examen attentif, et sur la comparaison des faits que nous avons eu l'occasion d'observer, que nous croyons pouvoir établir en thèse géné-

rale et à peu d'exceptions près : 1° *Que la dysménorrhée est un caractère diagnostique des engorgements durs, comme les pertes habituelles sont le résultat ordinaire des engorgements sanguins ou congestifs.*

2° *Que le toucher qui dans ces derniers provoque constamment l'écoulement du sang, ne produit pas d'ordinaire d'effet semblable dans l'engorgement dur.*

A mesure que la résolution s'opère, les règles deviennent plus abondantes et reprennent leurs cours accoutumé.

D. *Écoulements utérins et vaginaux.* — Comme des engorgements plus ou moins volumineux peuvent exister sans produire d'écoulement, on doit tout naturellement en conclure que, quand il y a des écoulements, ils dépendent, non de l'altération elle-même qui, ce nous semble, doit plutôt avoir pour effet de suspendre ceux dont la partie affectée pourrait être le siége, mais de circonstances accessoires telles que l'existence antérieure et habituelle d'une leucorrhée vaginale et utérine, ou le développement de cet écoulement par suite de l'irritation que doit produire sur le canal vaginal la présence d'une tumeur résultant de l'engorgement du col. Dans le plus grand nombre de cas. l'orifice utérin est sec, ou bien il ne laisse suinter que quelques filaments muqueux plus ou moins teints de sang, ou une très-petite quantité de sérosité limpide ou rougeâtre, mais cela en si petite quantité que tout se perd dans le vagin, et qu'on ne l'aperçoit qu'en maintenant le spéculum appliqué pendant quelques instants.

On ne peut non plus fonder de signes diagnostiques sur l'odeur de la matière des écoulements, quand ils existent, puisqu'elle n'est pas le produit immédiat de l'altération, ou de la partie du tissu qui en est affectée ; aussi tantôt elle est inodore, d'autres fois elle présente une odeur, soit acide, soit fade, soit fétide et infecte.

Ce dernier caractère tient alors à une idiosyncrasie particulière, car on l'observe chez quelques femmes affectées de simples leucorrhées sans autre altération de l'utérus ou de ses annexes.

Ainsi les écoulements vaginaux ne peuvent fournir de signes diagnostiques sur l'existence et la nature des engorgements durs de l'utérus.

Symptômes généraux ou sympathiques.

L'utérus peut être affecté d'un engorgement dur très-considérable, sans occasionner d'autres troubles dans les fonctions que ceux qui résultent du volume de la tumeur qui pèse sur les organes voisins et les gêne. Quant aux autres ils sont très-variés et peu constants. Le ventre est alternativement bouffi ou flasque et affaissé, les digestions sont dérangées, suspendues, ou il y a des appétits capricieux, des signes de gastrite, de gastro-entérite, coïncidant avec la maladie ; mais le phénomène sympathique le plus constant, c'est le vomissement. Il se manifeste à des heures irrégulières, que l'estomac soit vide ou plein ; l'exploration la plus soigneuse ne fait alors découvrir aucune affection dans l'estomac ou son voisinage, qui puisse expliquer cet accident ; ou s'il existe une gastrite, par exemple, le vomissement n'en persiste pas moins après que l'on a fait disparaître cette phlegmasie par un traitement approprié.

On peut soupçonner, par ce signe seul, une altération de la matrice quand la malade se tait sur les autres symptômes, *quand il existe en même temps que la dysménorrhée, le vomissement devient un signe diagnostique presque certain d'un engorgement dur de la matrice.*

La fièvre est très-rarement produite par les engorgements durs de l'utérus ; elle n'a lieu en général que quand il se fait vers cet organe des congestions violentes, ou qu'il se développe de l'inflammation franche, soit aux limites de l'altération, soit dans son centre. Mais aussi, alors, les symptômes locaux annoncent un état actif, et présentent les caractères propres à la métrite aiguë.

Différentes névroses sont souvent le résultat des engorgements durs, comme de toutes les maladies de l'utérus. Elles prennent ordidairement la forme hystérique. Le caractère des femmes devient impatient, irascible, emporté, colérique ; elles acquièrent une impressionnabilité exquise, et alors la plus légère sensation, la moindre émotion, produisent comme une commotion électrique qui va retentir jusque dans le bassin et y réveille les douleurs.

Il résulte évidemment, des considérations que nous venons de présenter, et qui ne sont que l'interprétation rigoureuse des faits, que le diagnostic précis et propre à chaque espèce d'altération qui peut constituer les engorgements durs de l'utérus est très-difficile à établir.

L'inflammation chronique, l'induration et le squirrhe de la matrice peuvent donc revêtir et offrent en effet le même aspect dans le plus grand nombre des cas. Ces trois états ont des signes communs ; ceux qui sont spéciaux à l'un ou l'autre de ces états pathologiques ne sont pas constants. On n'a donc pour distinguer les unes des autres ces trois affections, que la ressource des circonstances accessoires relatives à la manière dont l'engorgement a pris naissance, et à la nature des causes qui en ont provoqué ou favorisé le développement, un rapport de temps ou d'ancienneté de la maladie à l'âge de la malade. Mais on sent

combien doivent être incertains ces signes commémoratifs ou indirects.

Nous déduirons aussi des remarques cliniques faites à l'occasion soit des engorgements sanguins, soit des engorgements durs, cette thèse générale et qui n'admet que peu d'exceptions, que *les désordres, quels qu'ils soient, de la menstruation ne constituent que très-rarement des états pathologiques essentiels, mais qu'ils ne sont le plus souvent qu'une des manifestations, le résultat ou la conséquence de l'existence d'altérations organiques de la matrice.*

L'engorgement dur du col de l'utérus est facile à reconnaître, et à distinguer d'autres maladies, pour peu que l'on examine avec attention. Les maladies avec lesquelles on pourrait les confondre sont le boursoufflement et le renversement du vagin, le développement d'une tumeur dans les parois de ce canal, comme on en trouve une observation curieuse dans l'ouvrage de M. Patrix, le déplacement et le renversement de la matrice.

Mais il n'en est pas de même des engorgements du corps du l'utérus; le signe pathognomonique essentiel de cet état, l'augmentation de volume, lui est commun avec toutes les circonstances pathologiques et physiologiques susceptibles de produire ou de simuler la dilatation de la cavité de l'organe, telles une grossesse ordinaire ou extra-utérine, la présence d'une mole, d'hydatides, de concrétions crétacées, d'un polype, de masses fibrocelluleuses particulières dont nous avons publié une observation dans la *Bibliothèque médicale,* et dont nous n'avons pas encore vu d'analogue rapporté par les auteurs; la rétention du produit de la menstruation dans la cavité utérine, par suite de l'oblitération de son orifice; oblitération qui peut survenir accidentellement chez des femmes auparavant bien réglées et ayant eu même des enfants, ainsi que M. Dance en a fourni un exemple remarquable.

Nous ne ferons qu'une remarque sur ces maladies diverses : ou bien elles ne produisent que des accidents peu alarmants, et alors on peut attendre sans grands inconvénients que l'état pathologique ou physiologique qui les constitue se dessine par des signes plus propres à le faire reconnaître et à lever tous les doutes; ou bien elles occasionnent des accidents insupportables ou dangereux, dont les plus ordinaires, sont, pour tous les cas, des hémorragies et des douleurs. Or, alors le traitement symptomatique ou propre à ces accidents, est pour ainsi dire le seul qui convienne. On rétablit ainsi les choses dans leur première condition, et l'on peut attendre.

Marche. — Les altérations qui nous occupent se développent, en général, lentement. Elles restent de temps en temps stationnaires, pendant quelques semaines, quelques mois, et même des années. Les époques menstruelles, les émotions morales activent leur marche. L'âge critique a surtout, sur les engorgements, une influence fâcheuse. C'est alors qu'on les voit promptement passer à l'état du cancer confirmé. La marche se ralentit quand l'époque critique s'est passée sans autres accidents; et dès lors la maladie ou reste stationnaire, ou ne fait plus que des progrès insensibles. C'est dans l'intensité de l'altération, que s'opèrent alors les changements les plus remarquables. Elle acquiert de plus en plus de consistance, et devient successivement cartilagineuse et osseuse.

Durée. — D'après ce qui vient d'être dit, la durée des engorgements durs de l'utérus est indéterminée.

Terminaison. — Des engorgements peu considérables peuvent se résoudre spontanément, si la femme se trouve placée au milieu des conditions hygiéniques convenables, et surtout éloignée des causes qui ont déterminé et entretenu l'engorgement. Dans le cas contraire, et si l'on ne s'est pas rendu maître de l'altération, si l'on ne l'a pas combattue à temps, et fait disparaître par des moyens convenables, elle tend le plus souvent, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, à marcher vers des altérations profondes. L'induration passe à l'ossification ou se change en squirrhe; celui-ci se ramollit, la matière cérébriforme s'y joint, l'ulcération s'établit et s'étend; et de cette combinaison d'altérations avancées résulte le cancer confirmé ou incurable.

On ne peut guère compter pour les engorgements ou autres altérations de l'utérus, comme pour les mêmes affections dans les organes externes, des mamelles, par exemple, sur le sphacèle des parties malades et la séparation spontanée des parties saines dans lesquelles s'est établie une inflammation aiguë salutaire. Cette heureuse terminaison n'est possible et n'a été observée que dans les cas de précipitation de la matrice hors de la vulve. De là est née l'idée première de la possibilité de pratiquer l'extirpation de cet organe.

Pronostic. — Méconnus dans leur nature, et partant traités sans règles, les engorgements durs de l'utérus ne pouvaient que se terminer, en général, d'une manière fâcheuse; aussi les auteurs portent-ils un pronostic très-grave sur ce genre d'affection. Plus heureux, nous avons éprouvé que ces engorgements sont susceptibles de guérison, et nous pouvons fonder sur une masse assez imposante de faits un pronostic à beaucoup près moins défavorable.

Tout engorgement général ou partiel, qui a lieu chez les filles, et succède aux causes qui troublent la menstruation; ceux qui se développent plus ou moins immé-

diatement après l'accouchement précoce ou à terme, sont presque sans exception aucune, susceptibles de résolution, qu'ils soient dus à une métrite chronique, à un état d'induration, ou qu'ils offrent des signes qui fassent présumer leur nature squirrheuse.

Le pronostic est plus fâcheux pour les engorgements qui se développent ou augmentent chez les femmes, sur le retour de l'âge. Néanmoins, il n'est pas impossible de les guérir, ou du moins de les rendre stationnaires.

Les engorgements qui naissent après l'époque critique sont en général incurables; mais par la lenteur de leur marche et de leur développement, ils ne font pas courir de dangers immédiats aux malades.

Les engorgements qui en se développant, restent durs, sans inégalités, qui n'occasionnent ni douleurs insupportables, ni dérangements notables dans les fonctions, soit générales, soit des organes voisins, doivent inspirer moins de crainte pour leur terminaison fâcheuse, que ceux qui se couvrent de bosselures molles qui font éprouver des élancements vifs et profonds. Pour ceux-là la transformation prochaine en cancer ulcéré n'est pas douteuse.

Le pronostic est moins grave pour l'engorgement borné au col de l'utérus, que pour celui qui affecte l'organe tout entier.

L'engorgement qui a commencé par un ou plusieurs petits tubercules peut être considéré comme étant essentiellement squirrheux; le pronostic est funeste.

Traitement des engorgements durs de la matrice.

Que l'engorgement dur de l'utérus soit formé par une phlegmasie chronique, avec induration, ou qu'il soit dû à un état squirrheux, les indications thérapeutiques nous paraissent devoir être les mêmes dans les deux cas.

Rappelons-nous que ces deux états pathologiques sont le résultat d'une sorte d'exagération de la vitalité du tissu fibro-cellulaire, trame fondamentale des tissus accidentels, comme des tissus naturels; exagération simple, comme dans toute phlegmasie pour l'induration, avec altération spéciale pour le squirrhe.

Rappelons-nous que tous deux sont formés par une matière plus ou moins concrète, déposée dans les mailles et les interstices du tissu malade, et que cette matière est fournie par le sang, soit par un acte de sécrétion, comme probablement dans l'induration, soit par un acte de nutrition anormale, comme pour le squirrhe.

Les indications thérapeutiques, déduites de cette manière d'envisager ces altérations organiques, doivent donc, en dernière analyse, avoir pour but :

1° *D'écarter ou d'éloigner de l'organe malade les éléments matériels de l'altération ;*

2° *De modifier ou de détruire l'exagération des fonctions sécrétoires ou nutritives par lesquelles ces éléments sont séparés du sang et assimilés à l'organe affecté;*

3° *De provoquer, ou favoriser la résorption de la matière morbide déposée.*

PREMIÈRE INDICATION.—*Écarter ou éloigner de l'organe malade les éléments matériels de l'altération.*

Comme tous les êtres organisés, l'économie humaine est soumise au double mouvement de composition et de décomposition. Il est aussi d'observation que ces deux mouvements existent dans des rapports inverses, de manière que plus l'un est actif, plus l'autre se trouve ralenti; autrement le corps ou les organes qui le composent ne changeraient point de volume ni de dimension.

Les tissus accidentels paraissent aussi bien soumis à cette loi ou règle générale, que les tissus naturels : nous en avons déjà fourni des preuves; de nouveaux témoignages surgiront des considérations que nous présenterons à ce sujet.

Or, tout ce qui peut arrêter ou entraver le mouvement de composition doit faire prévaloir le mouvement de décomposition ; donc en privant l'économie des sources du renouvellement de ses éléments organiques, naturels ou accidentels, on provoquera l'activité du mouvement de décomposition, d'où résultera l'amaigrissement des tissus naturels et l'atrophie des tissus accidentels, qui sont le produit d'une sorte de nutrition anormale : ou bien, si les altérations sont formées par sécrétion ou exhalation, la suppression des éléments de renouvellement ou d'entretien devra avoir pour effet d'en arrêter le développement ultérieur.

On considère à juste titre le sang comme le stimulant naturel des organes, et principalement des fonctions nutritives et sécrétoires dans l'état physiologique, et à plus forte raison n'exerce-t-il pas cette action plus activement dans les états pathologiques. Il n'est pas moins certain que c'est ce fluide qui fournit, ou que c'est dans lui que sont puisés les matériaux des altérations organiques, qu'ils en soient séparés par un acte nutritif, ou par un acte sécrétoire. Il est évident qu'en élevant ou en modifiant cette source des éléments pathologiques, on obtiendra pour premier résultat la suspension du développement de l'altération organique, première condition indispensable avant d'arriver à d'autres résultats.

Aussi est-ce parmi les modificateurs de la circulation ou de la composition du sang, que se trouvent les moyens propres à remplir la première indication du traitement des engorgements durs de l'utérus, comme de toute altération organique par excès.

On tarit, si je puis m'exprimer ainsi, ces sources matérielles des altérations organiques, 1° en soustrayant du sang de la masse générale, par *les émissions sanguines* opérées par *la lancette,* par *les sangsues* et par *les scarifications* avec *ventouses;* 2° en dégorgeant directement le système vasculaire de la partie malade, par l'application immédiate de sangsues; 3° en modérant l'activité de la circulation, soit d'une manière générale comme par l'usage des boissons tempérantes, de la digitale, du nitrate de potasse, par le repos absolu; soit particulièrement de l'organe malade, en donnant, par exemple, au corps, une position horizontale, ou inclinée de manière que la région affectée se trouve sur un plan plus élevé que le reste du corps; 4° en appelant ou dirigeant plus spécialement l'activité circulatoire sur d'autres parties, vers d'autres régions plus ou moins éloignées; effet que produisent les saignées locales, dérivatives, les ventouses sèches, les frictions cutanées, les bains chauds, les sinapismes, etc.

Outre ces modificateurs de la circulation, l'art possède les moyens d'agir sur la composition même du sang. En première ligne se range *la diète,* qui prive ce fluide du renouvellement de ses éléments réparateurs; viennent ensuite les excitants des diverses sécrétions naturelles qui, par leur abondance, soustrayent au sang une partie de ses matériaux, et le rendent moins propre à fournir aux sécrétions anormales ou aux nutritions pathologiques : ainsi *les vomitifs* et surtout *les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques* et *les exutoires.*

Enfin il est des substances auxquelles on a cru reconnaître la propriété de modifier ou d'altérer le sang, et principalement d'agir chimiquement sur ceux des éléments organiques de ce fluide qui paraissent plus spécialement concourir à la formation des engorgements chroniques, ou qui constituent, même essentiellement ceux de ces éléments matériels dont ils sont le plus ordinairement formés; savoir : l'albumine, la fibrine et la graisse, comme le prouvent les analyses chimiques. Nous citerons la potasse et ses préparations savonneuses dont l'usage prolongé rend évidemment le sang diffluent et pauvre en matériaux organiques.

Reprenons en sous-œuvre les principaux de ces agents modificateurs de la circulation et de la composition du sang, et faisons connaître le mode particulier de leur action dans les engorgements durs de l'utérus, et les règles que l'on doit suivre dans les applications spéciales aux diverses altérations qui les constituent.

J'observerai que le traitement des affections cancéreuses, du moins de celles qui procèdent des altérations simples qui nous occupent maintenant, reposant sur les mêmes bases que celles-ci, nous serons souvent obligé de parler, par anticipation, de son application à ces affections.

1° *Émissions sanguines.* Les émissions sanguines aidées de précautions hygiéniques qui seront rappelées ailleurs, ont dans un certain nombre de cas, et sans autres moyens thérapeutiques, amené la fonte d'engorgements utérins, qui, par leur gros volume, leur forme, leur dureté, les douleurs dont ils étaient le siége, auraient pu être considérés comme étant de nature squirrheuse, et qui paraissaient conséquemment devoir être incurables, ou ne pouvoir être détruits que par un traitement chirurgical.

A plus forte raison doit-on compter sur les succès lorsque l'engorgement est évidemment le résultat d'une métrite chronique.

En outre l'observation attentive des faits prouve que dans tout engorgement dur quelconque l'état inflammatoire, qu'il soit primitif ou consécutif, essentiel ou symptomatique, aigu ou chronique, oppose un obstacle insurmontable à l'action des résolutifs les plus puissants, des fondants les plus héroïques. Non-seulement ces médications échouent alors, mais souvent encore elles ne produisent que des effets fâcheux et tout opposés à ceux qu'on se promettait de leur emploi. Or, comme dans la majorité des cas d'engorgements durs, il y a eu phlegmasie essentielle ou complication de cet état pathologique, c'est à le détruire que doivent tendre les premiers efforts du médecin avant de passer à d'autres moyens thérapeutiques.

La médication antiphlogistique, à la tête de laquelle sont les émissions sanguines, sera donc toujours, ou à très-peu d'exceptions près, le traitement curatif essentiel pour quelques engorgements durs de l'utérus, et le traitement préparatoire indispensable pour tous les autres.

Cette règle de conduite pratique n'est pas seulement nécessairement applicable aux engorgements chroniques de l'utérus, elle l'est également à la plupart des altérations organiques sous forme d'engorgements, quel que soit leur siége. Je suis convaincu que si les altérations viscérales ou autres désignées sous les noms de squirrhe, d'induration, de tumeurs splanchniques ou viscérales, d'obstructions, etc., résistent aussi souvent aux traitements qu'on leur oppose, c'est parce qu'on n'insiste pas suffisamment sur la nécessité de cette règle générale, ou qu'on en néglige l'application.

Ainsi les émissions sanguines ne peuvent, dans les cas d'engorgements durs de l'utérus, que produire de bons effets lorsqu'on les emploie en temps opportun et avec discernement. Elles détruisent ou détournent la congestion sanguine et le mouvement fluxionnaire qui alimentent l'altération, et entretiennent la surexcitation vitale qui préside à son développement. Aussi voit-on après ces premiers résultats obtenus, la plupart des engorgements, s'ils ne disparaissent pas par la seule influence de cette médication, céder avec facilité à l'action des autres moyens résolutifs, même moins énergiques, tandis qu'auparavant les plus héroïques n'avaient fait qu'aggraver le mal.

C'est principalement dans les engorgements de l'utérus, quelle qu'en fût la nature, que j'ai vu l'application de cette méthode féconde en avantages.

Le nombre des saignées que l'on doit faire, la quantité de sang qu'il faut tirer, seront relatifs à l'âge, au tempérament, à la force du sujet, et basés sur le degré de prédominance des phénomènes congestifs ou phlegmasiques locaux et sur l'état de la réaction générale.

De petites saignées de deux à trois palettes, mais souvent répétées, sont infiniment préférables à des saignées plus abondantes et moins fréquentes. Par ce moyen de produire ou d'entretenir une dérivation plus soutenue, on contrebalance avec plus de succès le mouvement fluxionnaire ou congestif qui tend à perpétuer ou accroître l'engorgement. On ménage aussi bien mieux des forces suffisantes pour que les malades puissent supporter la longueur quelquefois inévitable du traitement, forces qui ne seront pas moins utiles à une période plus avancée, pour entretenir ou exciter une réaction avantageuse. Le moment le plus favorable pour la saignée est quelques jours avant l'époque probable des règles et plus ou moins immédiatement après.

Avant cette époque la saignée modère le molimen menstruel, le mouvement congestif que nous avons dit être cause de l'exacerbation des accidents et des progrès de l'engorgement dans la plupart des cas.

Après cette époque la saignée détruit la congestion que la fluxion menstruelle a pu laisser subsister dans l'organe malade, et qui ne peut qu'ajouter à l'engorgement, en favoriser les progrès ultérieurs et s'opposer à l'action des autres moyens résolutifs.

Est-il nécessaire de dire que pour rendre la saignée le plus dérivative possible, elle doit être pratiquée aux bras, préférablement aux pieds? La diminution et même la suppression complète des menstrues n'apportent pas de contre-indication à cette règle, car ce n'est pas parce que le sang ne se porte pas à l'utérus que la menstruation est troublée dans le cas d'engorgement, mais parce que la maladie ôte à l'organe la faculté de se débarrasser de ce fluide si la saignée du pied produisait l'effet sur lequel on se fonde pour la préférer (l'appel du sang vers l'utérus). Il est évident qu'en excitant cette fluxion on n'obtiendrait par ce moyen d'autre résultat que d'augmenter l'engorgement. Ces réflexions s'appliquent également à l'apposition des sangsues à la vulve où à l'anus employée dans les mêmes intentions que la saignée du pied. Est-il donc étonnant que ces opérations manquent si souvent le but qu'on se propose de leur emploi, le rétablissement de la menstruation?

Au contraire, et les faits que nous avons déjà rapportés et ceux que nous citerons par la suite le prouvent, la saignée du bras pratiquée peu avant l'époque menstruelle, rend l'excrétion sanguine plus facile et plus abondante.

Dans les cas de suppression des règles, alors et depuis aveuglément considérés comme un état pathologique essentiel, Pasta ne pratiquait la saignée du pied qu'après deux ou trois saignées du bras. La diminution de la masse du sang a rendu, par ces précautions préalables, la congestion utérine moins à craindre, et la saignée du pied peut, comme l'aurait probablement fait celle du bras réitérée, favoriser la résolution définitive de l'engorgement. C'est de cette manière que Mercatus obtint un succès frappant de la saignée du pied dans un cas donné comme exemple d'aménorrhée, mais dans lequel on reconnaît tous les signes indiquant d'une manière positive l'existence d'un engorgement de l'utérus.

La saignée n'est pas seulement un des meilleurs moyens curatifs des engorgements utérins, elle peut prévenir leur formation et leur développement ultérieur.

Si l'on pratiquait des saignées peu abondantes, mais répétées aux approches de l'âge critique, ne pourrait-on pas détourner la tendance aux fluxions utérines désormais anormales, et conséquemment prévenir les engorgements qui résultent souvent de ces congestions, qui ne trouvent plus dans l'excrétion sanguine, désormais empêchée par suite des changements que l'âge opère dans l'organisation de la matrice, un émonctoire naturel, et par là un moyen spontané de résolution? De petites saignées répétées et juste suffisantes pour ne pas permettre des stases ou fluxions sanguines locales, ne sauraient occasionner un affaiblissement préjudiciable à la santé des femmes, et pourraient prévenir le développement d'altérations redoutables.

Cette précaution prophylactique est surtout indiquée chez les femmes, qui, par leur tempérament, leur constitution, par des antécédents particuliers ou par quelques symptômes actuels, paraissent offrir des prédispositions aux engorgements et autres altérations organiques de la matrice.

2° *Ventouses scarifiées.* Les ventouses scarifiées promenées sur les reins, le bas-ventre, voir même sur les cuisses, ajoutent à l'effet dérivatif de la saignée qu'elles opèrent, et peuvent être employées avec avantage.

3° *Sangsues.* On obtient des effets analogues par les sangsues appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les reins; il faut beaucoup de réserve dans leur application aux cuisses, aux aines, aux grandes lèvres, ou à l'anus. Il convient alors d'en mettre une quantité suffisante pour obtenir une forte saignée; autrement, l'on pourrait manquer son but, ou exciter encore davantage la fluxion pelvienne. Le développement ou la propagation de l'inflammation aux annexes de l'utérus, extension qui se dévoile par les douleurs dans les régions iliaques et hypogastriques, la sensibilité et la tension de ces parties, indiquent l'emploi des sangsues sur ces régions.

Sangsues sur le col de l'utérus. — J'appellerai l'attention des praticiens sur l'application des sangsues au col de l'utérus, moyen dont j'ai obtenu les plus heureux effets dans les cas d'engorgement, soit du corps, soit du col de l'organe, alors même que tout faisait présumer leur nature squirrheuse et qu'ils avaient déjà résisté aux traitements ordinairement indiqués contre cette redoutable affection. La rapidité avec laquelle la résolution s'opère alors, est telle, dans certains cas, qu'il faut en avoir été le témoin pour n'être pas tenté d'accuser de prévention ou d'exagération celui qui énoncerait de pareils faits.

Le premier effet de l'application des sangsues au col de l'utérus, effet qui a constamment lieu, quand même la maladie n'est pas de nature à pouvoir guérir, ou dans les cancers confirmés eux-mêmes, c'est de calmer comme par enchantement les douleurs sacrolombaires, les élancements, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations profondes de la matrice.

Le nombre des sangsues doit être proportionné au volume de l'engorgement, au degré de prédominance des symptômes inflammatoires et à l'état général des forces. Je remarquerai cependant, que cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée que la saignée générale; aussi peut-elle être employée dans les cas où celle-ci pourrait paraître préjudiciable, comme dans les derniers degrés du cancer, par exemple.

Observons qu'en général les accidents les plus insupportables des affections cancéreuses de l'utérus, sont moins le résultat de ces maladies elles-mêmes que de l'inflammation qui peut s'y développer ou qu'elles déterminent. Ainsi les squirrhes comme les masses encéphaloïdes ramollies, ne s'ouvrent, pour devenir ulcérés, qu'après que l'inflammation s'y est développée, comme le prouvent les phénomènes qui accompagnent ce travail éliminatoire et la nature des matières qui s'échappent. C'est alors surtout que se manifestent ces douleurs atroces qui caractérisent les progrès des cancers, ou quelquefois en décèlent l'existence jusque-là inaperçue; eh bien! dans ces cas les sangsues appliquées sur la tumeur en travail, arrêtent l'inflammation, suspendent les douleurs qu'elle avait occasionnées ou exaspérées et peuvent ainsi retarder la marche de la maladie, éloigner l'époque fatale de sa funeste terminaison.

Dans les cas d'ulcères cancéreux, il est aussi d'observation que la maladie n'envahit les parties voisines qu'après y avoir développé l'inflammation sous forme de bourrelets, d'engorgements dont la couleur rouge et la sensibilité douloureuse attestent la nature inflammatoire. Dans ces cas encore, les sangsues appliquées sur ces parties, arrêtant l'inflammation, font cesser par conséquent les douleurs qu'elle produisait, et peuvent encore suspendre la marche envahissante de l'ulcère.

Ainsi donc, les sangsues appliquées sur le mal lui-même provoquent sa guérison ou fournissent dans les altérations incurables un des plus puissants palliatifs que l'art possède.

Ce n'est pas seulement quand l'engorgement occupe le col utérin qu'elles conviennent; elles ne produisent pas de moins bons effets dans les engorgements de l'utérus lui-même.

Procédés et règles à suivre dans l'application des sangsues au col de l'utérus. Lorsque la matrice est basse, et qu'en écartant les grandes lèvres on aperçoit son col, on peut faire une application immédiate de sangsues. Un hasard m'a fourni l'occasion de faire cette application sans le vouloir, et non sans quelques inquiétudes sur les suites qu'elle pourrait avoir. Je n'ai pas su pour lors tirer parti pour ma pratique des résultats heureux et inattendus qu'elle produisit. Il était réservé à l'imagination praticienne de M. Récamier de prévoir les avantages qu'on pourrait obtenir de ce moyen précieux.

Dans les autres cas où l'utérus occupe sa place normale, le spéculum sert à mettre le col de l'utérus à découvert et à porter les sangsues jusque sur cette partie.

Quand on a placé l'instrument comme dans l'exploration, et de manière à ce que la circonférence de son ouverture embrasse exactement et exclusivement le col, afin que les sangsues ne mordent pas au delà, on injecte à grande eau pour nettoyer ces parties des matières qui, par leurs qualités, pourraient empêcher les sangsues de prendre.

On les introduit dans le tube, on les pousse et on les maintient près du col, en enfonçant après elles un bouchon ou tampon de linge

afin qu'elles ne sortent pas ; on enlève le tampon dès que les sangsues sont attachées.

Elles s'attachent ordinairement très-promptement. Au grand étonnement des malades, les piqûres et la succion sont à peine senties; quelquefois cependant les malades, pendant cette opération qu'elles redoutent beaucoup à cause de l'état habituellement douloureux de l'utérus malade, ressentent dans la région sacrée et le bassin du chatouillement, de la chaleur et des élancements vifs, mais toutes ces sensations sont aisément supportables.

En dix ou douze minutes les sangsues ont pris, se sont gorgées et tombent; elles se glissent et échappent hors du spéculum, ou bien on les en retire avec les doigts ou avec une pince à pansement. Enfin on fait quelques injections à grande eau, puis on retire l'instrument.

J'ai cru remarquer que quand l'engorgement paraissait être de nature squirrheuse par sa dureté, son ancienneté, la blancheur de la tumeur, les piqûres saignaient très-peu après la chute des sangsues, et que quand au contraire le col de l'utérus était coloré, d'une dureté modérée, en un mot quand l'engorgement était plus inflammatoire qu'induré, la saignée était plus abondante, et pouvait même devenir inquiétante. Mais il est facile de se rendre maître du sang par le tamponnement. Presque constamment aussi l'écoulement sanguin se montre de plus en plus abondant à mesure que les premières applications en ramenant le tissu de l'utérus à son état anatomique naturel, le rendent plus perméable au sang.

Il faut avoir égard à toutes ces circonstances pour se déterminer sur le nombre de sangsues à appliquer. Le plus que nous en ayons mis ne dépassait pas douze à la fois ; six à huit suffisent le plus souvent pour produire une saignée assez copieuse : on diminue ce nombre dans les applications subséquentes.

On a dit que les piqûres de sangsues sur un col utérin engorgé ne se cicatrisaient pas, qu'elles restaient béantes, sans toutefois s'ulcérer. J'avoue qu'il m'a été impossible de revoir les traces des piqûres des premières sangsues lorsque je répétais plus tard les applications; mais ceci pourrait bien résulter du retrait de la partie engorgée qui amène nécessairement une diminution proportionnée dans l'étendue des piqûres, comme on voit des incisions profondes sur une partie tuméfiée, la langue, par exemple, être réduites en divisions linéaires imperceptibles après le dégorgement.

Les succès inespérés que j'ai obtenus de l'application des sangsues au col utérin dans les engorgements, non moins que dans les altérations plus profondes et plus avancées de l'utérus, m'autorisent à placer ce moyen en tête de ceux qu'on a préconisés contre ces redoutables maladies. La guérison des unes, le soulagement des autres, ont été en grande partie dus à ce moyen. Il ne faut pas cependant négliger les autres moyens thérapeutiques qui, en général, aident à l'efficacité de celui-ci, ou qui dans quelques cas, produisent des effets avantageux que l'on n'aurait pu obtenir de la saignée locale.

Toutefois on ne doit avoir recours à l'application des sangsues sur le col de l'utérus, qu'après avoir pratiqué une ou plusieurs saignées générales ou dérivatives, afin de prévenir les congestions consécutives qui rendraient alors l'emploi de ce moyen plus préjudiciable qu'utile.

2° *Régime, diète, abstinence,* cura famis. Depuis longtemps on a observé que l'abstinence des aliments avait sur les altérations organiques sous forme d'engorgement, et quelle qu'en fût d'ailleurs la nature, une action résolutive remarquable. Aussi quelques médecins ont-ils fait de ce moyen la base essentielle, ou même le traitement exclusif de ces maladies. On a donné à ce mode de traitement le nom de *cura famis ;* nous dirons que dans les cas où on a obtenu de l'usage de la ciguë, de l'aconit et autres médicaments prétendus résolutifs, des succès contre les affections squirrheuse et cancéreuse, une grande partie peut être revendiquée en faveur du régime sévère, de la diète rigoureuse employés en même temps. Ce qui paraît le prouver, c'est que l'usage exclusif et sans précautions diététiques de ces médicaments héroïques, amène bien rarement les résultats marqués, tandis que sous l'influence de la diète seule et sans le secours d'aucun moyen thérapeutique, on a vu des engorgements revêtus de tous les caractères du squirrhe, se fondre et guérir.

En appauvrissant le sang, l'abstinence doit nécessairement suspendre le développement des engorgements, parce qu'ils ne trouvent plus dans ce fluide de matériaux suffisants pour leur alimentation et que d'une autre part il a perdu proportionnellement de ses propriétés stimulantes propres à entretenir l'excitation anormale, principe de l'altération. Jusque-là, on conçoit que la maladie a pu être rendue stationnaire. Mais comment s'opère la fonte, la résolution subséquente? N'est-ce pas par suite de cette loi organique par laquelle le mouvement de composition étant arrêté, celui de décomposition n'en continue pas moins, quelquefois même avec plus d'activité ; ou par suite de cette autre loi équivalente que l'action sécrétoire étant suspendue dans un organe ou un tissu, la faculté résorbante se développe ou devient plus active? Les phénomènes que produit l'abstinence viennent confirmer ces assertions.

Un résultat constant de l'abstinence sévère

et prolongée est l'amaigrissement. Il porte d'abord sur le tissu cellulaire ou adipeux, d'où résulte l'amaigrissement proprement dit, et plus tard sur tous les tissus mous, et notamment sur le système musculaire à fibres rouges, ce qui constitue le marasme ou l'atrophie.

Ainsi l'abstinence a pour effet premier et immédiat la résorption des produits naturels de l'exhalation ou de la sécrétion du tissu cellulaire; savoir : la sérosité et la graisse. Elle agit donc en excitant la faculté résorbante de ce tissu, ou plutôt en lui rendant toute la plénitude de la faculté absorbante dont il est doué.

Or, admettons-nous que quelques engorgements résultent de l'infiltration, ou de l'épanchement, ou du dépôt d'éléments organiques anormaux plus ou moins concrets, à la place de la graisse qui remplit les mailles du tissu fibro-cellulaire, ou de la sérosité qui en lubréfie naturellement les interstices, comme il paraît en être ainsi pour les engorgements par induration, par exemple? On conclura dès lors que l'abstinence pourra tout aussi bien rappeler ou faire prédominer la faculté résorbante dans cette portion malade du tissu fibro-cellulaire, que dans le système tout entier, et que la résorption s'opérera là sur les produits anormaux de ce tissu, comme elle opère ici sur les produits physiologiques.

Par la prolongation de l'abstinence, les tissus parenchymateux dépérissent à leur tour. Les rapports entre les mouvements de composition et de décomposition sont changés. Le premier s'arrête par défaut de matériaux réparateurs, le second marche toujours; les organes s'atrophient. Cet effet s'observe d'une manière plus marquée encore dans les organes en lesquels il y avait excès anormal de nutrition, en un mot hypertrophie. Il semble même que ce soit par eux que la nature conservatrice commence l'atrophie, laquelle paraît localement se consommer dans la partie malade avant de devenir générale; et en effet le *cura famis*, appliqué au traitement de l'hypertrophie du cœur, par exemple, ramène souvent cet organe à ses proportions naturelles avant d'avoir produit un marasme proportionnel dans toute l'économie.

Or, en admettant que quelques-unes des altérations organiques, sous forme d'engorgement, sont le résultat d'une nutrition anormale, d'une hypertrophie, soit simple, soit par aberration plus ou moins spéciale, on concevra comment le mouvement de composition y étant arrêté par le fait de l'abstinence, le mouvement de décomposition, auquel ces altérations ne sont pas moins soumises que les autres parties de l'économie, comme nous l'avons démontré par des faits à l'appui desquels nous aurons bientôt l'occasion d'en apporter de plus concluants encore; ce mouvement de décomposition, dis-je, continuant, amènera nécessairement la fonte, la résolution de l'engorgement.

Ainsi donc, que les altérations organiques soient le résultat d'une nutrition parenchymateuse exagérée ou altérée, ou le produit d'une sécrétion anormale, l'abstinence peut en opérer la guérison. Des faits nombreux pourraient au besoin être extraits des archives de la médecine, pour prouver cet heureux effet de l'abstinence.

Le *cura famis* deviendra donc, entre les mains du praticien, un moyen précieux contre les engorgements durs de l'utérus, comme il l'a été contre les affections squirrheuses des autres organes.

On peut éviter de soumettre les malades à une diète par trop rigoureuse, ou trop longtemps prolongée, en faisant concourir avec ce moyen quelques autres capables d'en seconder et d'en activer les résultats : tels, par exemple, que les sédatifs, les saignées, etc.

Dans tous les cas d'affections chroniques, il pourrait être dangereux de soumettre trop brusquement les malades à une diète rigoureuse; il convient de n'y arriver que par gradation. Il faut du reste proportionner le régime à l'état général des forces, aux habitudes, au degré d'intensité ou de ténacité de l'altération.

Les aliments que l'on permet doivent être choisis parmi les plus doux pour ne point éveiller la stimulation des organes, et en même temps les moins substantiels et les plus faciles à digérer. Le régime lacté complet nous a paru généralement le plus convenable. Si la malade ne peut le supporter, on la nourrit avec de légers potages ou bouillon de poulet ou de veau, ou bouillon d'herbes; des fruits cuits ou crus; des légumes herbacés; des racines pulpeuses ou charnues, du lait caillé, du fromage blanc, des œufs frais, du poisson; on permet peu de pain, on le remplace par quelques échaudés.

La privation de toute boisson fermentée, de toute liqueur alcoolique au spiritueuse, ou aromatique doit être rigoureuse.

Repos. — Position. Par sa situation dans la partie la plus déclive de l'abdomen, par sa mobilité, suite de la laxité des soutiens qui la maintiennent au milieu de l'excavation du bassin, la matrice se trouve exposée à ressentir, plus que tout autre organe, les secousses et les commotions que produisent la marche, la course, le saut, la danse, les exercices du cheval ou en voiture mal suspendue. Nous avons dit qu'une chute sur les pieds, les genoux ou les fesses, pouvait imprimer à cet organe une commotion assez forte pour occasionner son engorgement.

Quand celui-ci existe déjà, les effets de ces causes sont plus à craindre; elles doivent

tendre à augmenter l'état pathologique déjà existant.

Il convient donc de prescrire aux femmes en traitement un repos absolu dans une position horizontale, et même le bassin tenu plus élevé que le reste du tronc. Ces précautions ont pour objet de prévenir les stases et les congestions passives de l'utérus; elles sont aussi indiquées dans les cas où cet organe est descendu, et suffisent toujours alors pour le faire remonter. On en obtient donc ce premier avantage, de voir disparaître les sensations pénibles de tiraillements dans les reins et de pesanteur sur le rectum, résultant de la descente de la matrice.

Comme, dans ces affections, les malades sont souvent tourmentées par des sensations de chaleur insupportables dans les reins, le siége ou le dos, et que la position couchée tend à produire et à augmenter ces sensations pénibles, on prévient en partie ces inconvénients en les couchant sur un sommier de crin, et en composant avec de la paille d'avoine le coussin qui doit tenir le bassin élevé. C'est dans ces cas que l'on se trouve bien sur des matelas ou coussins en tissus imperméables aérifères; l'usage d'un hamac nous semble très-convenable en raison des oscillations qui tiennent la malade dans un état permanent de fraîcheur, et lui procurent un sommeil qu'on ne pourrait peut-être obtenir par les sédatifs.

Évacuants. Nous comprenons sous ce titre toutes les médications qui ont pour effet de rétablir les sécrétions ou excrétions supprimées, ou de les augmenter.

Ils peuvent être un très-bon moyen pour enlever au sang une certaine quantité de ses matériaux, pour contre-balancer et détruire l'activité de la circulation capillaire de l'utérus malade, en la disséminant et la reportant sur d'autres organes. Sous ce rapport les boissons diaphorétiques, diurétiques et délayantes ou laxatives, sont indiquées dans le traitement des engorgements dont nous nous occupons.

On pourrait penser que les vomitifs seraient capables d'exercer une sorte de dérivation générale par l'ébranlement qu'ils produisent dans toute l'économie; mais outre que les médications violentes et promptes ont très-peu d'influence sur les états pathologiques chroniques, il serait à craindre que les secousses imprimées à la matrice par les efforts du vomissement, n'augmentassent la maladie dont elle est affectée.

Comme les purgatifs violents administrés par les voies supérieures et en lavements, provoquent dans les intestins une irritation qui peut se propager par la contiguité d'une manière désavantageuse à l'utérus, ce n'est qu'avec réserve qu'on doit y avoir recours. Les minoratifs légers conviennent seuls, en général, pour combattre et prévenir une constipation toujours défavorable dans le cas de maladies utérines.

Dérivatifs.—Les dérivatifs extérieurs concourent avantageusement avec les autres moyens à favoriser la résolution des engorgements de l'utérus. On promène des sinapismes sur la surface extérieure du corps; on fait porter des vêtements de flanelle à la malade; on pratique des frictions sèches ou animées par quelque liniment alcalin; on couvre les régions sacro-lombaires de ventouses sèches ou scarifiées, ou on applique sur ces parties un large emplâtre de poix de Bourgogne simple ou stibiée; des moxas, des cautères temporaires, des sétons peuvent être aussi établis au voisinage du bassin.

Si la malade a été autrefois affectée de rhumatisme, de maladies cutanées, il est bon d'établir, sur ou près des parties qui en étaient le siége, des exutoires permanents. Ceux-ci conviennent, dans tous les cas pour contre-balancer la tendance aux récidives.

DEUXIÈME INDICATION.—*Modification de l'innervation.*

Les médications qui précèdent suffisent quelquefois pour, en privant le tissu affecté de ses stimulants ordinaires, le sang et ses éléments, faire disparaître l'exagération de sa vitalité, et la ramener à son état normal. On peut et l'on doit cependant faire concourir au traitement, les médicaments essentiellement propres à détruire cette exagération. C'est par l'intermède des modificateurs de l'innervation que l'on influe artificiellement sur la vitalité de l'organe altéré, comme c'est par l'intermède de la circulation et du sang que l'on agit sur les matériaux de l'altération.

L'influence de l'innervation ou des nerfs dans les affections squirrheuses, même ulcérées, a été signalée par quelques auteurs; mais comme ils n'ont établi leurs opinions que sur une interprétation contestable de faits peu positifs, elle a été combattue et rejetée par le plus grand nombre.

. . . .

Au reste, je crois que c'est à tort que l'on attribue à la ciguë et ses congénères la puissance de produire, par une action spéciale, la fonte et la résorption des matières qui forment les engorgements squirrheux cérébriformes et tous les autres désignés par le nom d'obstructions. Je ne reconnais pas non plus dans ces substances, une propriété spéciale d'exciter la faculté résorbante de ces tissus affectés. Je pense plutôt que ces médicaments agissent exclusivement sur le système nerveux, et qu'ils ont pour unique effet de *ramener l'innervation exagérée ou altérée du tissu malade à son degré physiologique; condition nécessaire pour qu'en perdant sa*

faculté sécrétoire anormale ce tissu récupère sa faculté absorbante physiologique.

Lorsque je parlerai des résolutifs proprement dits, je trouverai l'occasion toute naturelle de revenir sur cette assertion, et de lui donner les développements suffisants pour faire passer dans l'esprit des lecteurs ma conviction.

Quoi qu'il en soit, *la ciguë* est de toutes les substances appartenant aux modificateurs de l'innervation, celle dont on a généralement obtenu le plus d'effets avantageux dans le traitement des engorgements squirrhiformes et des affections cancéreuses en général. M. Récamier, dont le nom se présente toutes les fois que l'on traite de ce sujet, a expérimenté et reconnu que l'extrait de ciguë préparé à la vapeur acétique ou alcoolique, jouissait de propriétés résolutives plus actives, et qu'ainsi préparé, il n'avait pas les inconvénients attachés à l'usage des extraits ordinaires qui fatiguent l'estomac et en troublent les fonctions. L'extrait préparé à la vapeur semble au contraire remonter le ton de l'estomac et rétablir les digestions si souvent dérangées dans ces cruelles maladies.

En résumé : 1° Le traitement débilitant ou antiphlogistique, ayant pour but de faire prévaloir le mouvement de décomposition sur celui de composition des altérations organiques, en diminuant ou tarissant la source des matériaux qui entrent dans leur formation et de rendre en même temps à la faculté absorbante du tissu altéré toute son activité, en réduisant l'exagération vitale qui préside à leur développement; ce traitement, dis-je, est essentiellement indiqué dans les engorgements durs de la matrice, quelle que soit d'ailleurs la nature des altérations qui les constituent.

Il opère seul la guérison lorsque les engorgements sont le résultat d'une inflammation.

Il convient, dans la presque universalité des cas, pour disposer la partie altérée à recevoir avec avantage l'action des autres médications, et principalement des résolutifs et des fondants proprement dits. Le traitement antiphlogistique forme alors partie préparatoire indispensable ou auxiliaire obligée des autres méthodes de traitement.

Enfin, c'est encore lui qui fournit en général les moyens les plus efficaces pour, dans les cas où l'altération porte un caractère d'incurabilité, en arrêter la marche et modérer plusieurs des symptômes qui sont les plus redoutés de cette maladie. Ainsi, il arrête la complication inflammatoire qui, le plus ordinairement, est le moyen d'extension de l'altération des parties affectées à celles qui étaient encore saines, ou qui en marque ou active les transformations redoutables, ou rend très-douloureux des engorgements squirrheux, auparavant indolents.

2° Le traitement sédatif ou stupéfiant peut, en déprimant l'exaltation ou l'exagération vitale qui préside à la formation des engorgements durs de l'utérus, ou des altérations qui le constituent, arrêter leurs développements, et en laissant à la faculté absorbante du tissu altéré tout son empire, favoriser la résolution. Mais l'obligation dans laquelle on est de n'administrer que les médicaments qui composent les médications sédatives ou stupéfiantes qu'avec réserve, vu les dangers qui résulteraient de leur action toxique, s'oppose à ce qu'on puisse retirer de ces médications tous les avantages que l'on aurait droit d'en attendre. Au reste, nous croyons qu'on aurait tort d'attacher à quelques-uns de leurs agents une spécificité absolue.

Les *sédatifs,* les *stupéfiants* et les *narcotiques* deviennent des auxiliaires puissants des autres médications. Combinés avec le traitement débilitant, et notamment avec la diète, on peut compter sur de prompts et heureux résultats.

Unis aux résolutifs proprement dits, ils en favorisent aussi les effets en contre-balançant ou empêchant l'action irritante des médicaments qui les composent, action qui pourrait mettre obstacle à l'accomplissement des résultats heureux qu'ils promettent. Ainsi on unit avec succès les extraits de ciguë, d'aconit, d'opium, etc., au calomélas, aux préparations d'iode, à l'émétique, aux savons alcalins.

Enfin ces médications conviennent spécialement dans les cas de prédominance des symptômes nerveux, comme lorsqu'il existe des douleurs violentes ou très-aiguës, de l'insomnie, des spasmes ou des convulsions, etc.

3° Enfin les médications résolutives ou fondantes proprement dites, ne sont applicables, avec succès, que lorsqu'après un emploi raisonné des moyens appartenant aux deux indications qui précèdent, il ne reste plus qu'à éveiller ou à activer, d'une manière plus directe ou plus spéciale, la faculté absorbante des tissus, siége de l'altération. Auparavant, ces médications seraient inefficaces ou même préjudiciables.

HÉMORRAGIES.

Nous ne nous occuperons ici que des hémorragies de l'utérus qui ont lieu en dehors de la grossesse et de la délivrance, et qui ne sont pas du ressort du médecin accoucheur.

Doit-on admettre des hémorragies utérines essentielles? S'il en existe, elles sont fort rares, et l'on doit admettre que la métrorragie est à la matrice ce que l'hémoptysie est aux poumons. Ce dernier accident est presque toujours lié à une altération organique des poumons, comme la perte utérine est aussi presque toujours un symptôme de quelque lésion grave de l'utérus.

La métrorragie peut survenir chez les femmes réglées ou qui ont cessé de l'être; ce dernier cas est le plus commun.

Les causes sont variables. C'est tantôt un polype qui occasionne les pertes, d'autres fois c'est une inflammation légère ou grave du corps ou du col utérin, des érosions légères de cette partie, quelquefois une inflammation du vagin, ou enfin toute autre cause d'irritation, siégeant dans le bassin, et appelant le sang vers les viscères de cette cavité.

Les symptômes des hémorragies de l'utérus sont : l'affaiblissement progessif, la pâleur du teint, la chlorose si l'hémorragie persiste ; on remarque que des palpitations de cœur surviennent à mesure que l'écoulement du sang est plus abondant.

Traitement. Quand l'hémorragie n'est pas ancienne, et qu'elle ne se lie pas encore à une affection organique grave, on pratiquera une saignée d'une ou deux palettes au plus. Souvent, sous son influence, on voit les forces renaître. La femme devra en même temps garder la diète et suivre un régime diététique en rapport avec ses forces. Elle devra prendre pour boissons la décoction de grande consoude édulcorée avec le sirop de même nom. Après une nouvelle saignée pratiquée le lendemain, on fera des applications réfrigérantes et astringentes, et enfin, si l'hémorragie est considérable, on pratiquera le tamponnement.

Quand l'hémorragie utérine est ancienne, il faut prescrire tous les moyens qui tendent à modifier la constitution de la malade, tels que l'exercice, un régime tantôt tonique et substantiel, tantôt végétal et peu abondant, des boissons émollientes ou astringentes, et surtout de temps en temps de petites saignées révulsives : tels sont les moyens généraux qu'il faut employer, quelquefois pendant longtemps, avant d'arriver aux moyens locaux.

Si l'hémorragie est liée à une affection grave de l'utérus, les moyens alors qui tendraient à l'arrêter sont souvent funestes. Il vaut mieux ne pas chercher à la supprimer, car il semble que c'est un moyen qu'emploie la nature pour diminuer l'engorgement de l'organe : il arrive en effet très-souvent que des douleurs atroces cessent ou sont diminuées quand l'hémorragie a lieu.

Dans les hémorragies très-abondantes et comme foudroyantes, outre la saignée révulsive, il faut alors mettre en usage les moyens locaux les plus prompts à agir, les injections froides et astringentes et le tamponnement.

ANÉMIES DE L UTÉRUS.

Nous ne pouvons pas nous étendre longuement sur cet état de l'utérus ; nous dirons seulement qu'il peut être général ou partiel.

IIe CLASSE. — LÉSIONS DES SÉCRÉTIONS.

DE LA LEUCORRHÉE.

La leucorrhée est un écoulement de mucus provenant de l'utérus, quelquefois du vagin. Ce liquide est sécrété dans le tissu même de l'organe. Dans la plupart des cas, la leucorrhée n'est qu'un symptôme ; elle peut se trouver indistinctement liée à toutes les maladies de l'utérus. Quelquefois cependant la leucorrhée est le seul phénomène morbide. Il faut donc être très-réservé avant d'admettre des leucorrhées essentielles, car dans ces derniers temps, on a prouvé que la plupart de ces leucorrhées dépendaient d'une lésion voisine.

La leucorrhée est une maladie qui n'existe ordinairement que chez les femmes pubères. On l'a vue cependant sur des petites filles âgées de deux mois.

La durée de la leucorrhée est ordinairement de un à deux mois. Elle est très-commune dans les grandes villes ; et souvent de simples lotions froides suffisent pour la faire disparaître.

Quant aux caractères de l'écoulement auquel donne lieu la leucorrhée, ils sont très-variables : tantôt c'est un liquide visqueux, de la consistance du blanc d'œuf, tantôt c'est un simple mucus incolore, ou d'un blanc laiteux, ou légèrement jaunâtre ou verdâtre. Il est aussi variable en quantité ; chez certaines femmes, il est très-abondant, chez d'autres il l'est très-peu. Cet écoulement est d'ailleurs très-irritant ; son odeur est en général peu prononcée, ce qui contribue à distinguer l'écoulement leucorrhéique de celui auquel donne lieu le cancer utérin.

La leucorrhée donne lieu à des douleurs lombaires qui se prolongent souvent le long des cuisses. Les femmes atteintes de leucorrhée éprouvent en général, des troubles digestifs et des douleurs dans l'estomac, qu'elles comparent à un tiraillement. L'appétit est en général très-peu prononcé chez elles, et elles sont remarquables par leur pâleur.

Le traitement de la leucorrhée est aussi variable que les causes qui la produisent. Toujours il importera de remonter à la cause qui l'occasionne; il faudra toucher le col de l'utérus, appliquer le spéculum, et presque toujours, alors, on pourra attaquer directement la cause de la leucorrhée.

Si par l'examen le plus attentif on ne peut rien trouver qui rende raison de la leucorrhée, on administrera les ferrugineux, les amers, les sulfureux; on fera des injections de même nature dans le vagin; on prescrira les bains froids. Dernièrement, M. Delens a beaucoup vanté la décoction de racine d'aunée, et a cité quelques observations de sa pratique qui prouveraient que ce médicament jouit d'une certaine efficacité dans la leucorrhée.

DE L'HYDROMÉTRIE.

L'hydrométrie est caractérisée par la présence d'un mucus liquide transparent qui séjourne dans l'utérus pendant un certain temps, au bout duquel il est lancé hors de l'utérus sous forme de flots de sérosité.

C'est une affection extrêmement rare et peu connue.

Il peut y avoir aussi dans l'utérus une sécrétion gazeuse; mais cette affection est encore beaucoup plus rare que l'autre.

IIIe CLASSE. — LÉSIONS DE NUTRITON.

L'*agénésie* de l'utérus est un arrêt de développement de cet organe. On trouve quelquefois des utérus bifides. Je ne peux pas m'arrêter plus longtemps sur ces maladies. Je ne fais que vous annoncer aussi l'existence de l'atrophie et de l'hypertrophie de l'utérus.

L'orifice du col peut être bouché par la membrane interne de l'utérus. Ce cas exige une opération de chirurgie. Je ne peux pas entrer non plus dans les détails des situations de l'utérus; ils sont du ressort du professeur d'accouchement.

DU CANCER UTÉRIN.

Le cancer utérin est essentiellement constitué par du tissu squirrheux ou du tissu encéphaloïde. Sans la présence de l'un de ces deux produits morbides, le cancer utérin n'existe par pour nous.

Dans certains cas le cancer commence par une simple ulcération s'étendant en profondeur. Il y a ici un grand rapport à établir entre les prodrômes du cancer utérin et ceux du cancer des lèvres et des membranes muqueuses.

Le siége du cancer utérin est d'abord au corps de l'utérus, puis au col. Ses caractères anatomiques sont semblables à tous ceux déterminés par la présence de ces productions morbides. La dégénérescence commencée tend éminemment à s'accroître; après avoir envahi l'utérus en entier, elle atteint la vessie et le rectum, et au bout d'un certain temps, les principaux organes renfermés dans le bassin, se transforment en une bouillie infecte, et la cavité du bassin n'est plus elle-même qu'un cloaque, résultat de cette vaste décomposition. Les ganglions lymphatiques et les lymphatiques eux-mêmes, ont pris part à cette décomposition : il en est souvent de même du conduit thoracique; de là une cachexie cancéreuse générale.

Les causes du cancer utérin sont souvent fort difficiles à déterminer. Toujours il faut admettre une prédisposition sans laquelle il ne pourrait se produire. Les filles vierges, les filles publiques, les femmes mariées y sont également sujettes. Souvent on a pu constater l'hérédité du cancer utérin. Ainsi une femme qui meurt d'un cancer utérin peut avoir eu un père affecté d'un cancer de quelques parties du corps, ou une mère qui aura succombé à un cancer du sein. Tous les âges n'y sont pas également exposés; on l'observe le plus souvent après l'âge de 35 ans, puis entre 60 et 70 ans, en dernier lieu, entre 20 et 30 ans. Il est rare dans la première jeunesse.

Symptômes. — Si, à l'aide du toucher et du spéculum, on fait un examen attentif de l'utérus, on aperçoit d'abord une petite ulcération qui aura déjà donné lieu à une altération générale de la constitution, quoique cependant la maladie locale soit peu avancée. On aperçoit et on sent aussi des bosselures, des duretés, des inégalités, sans lésions d'abord de la membrane muqueuse, mais présentant bientôt le caractère de fongosités. Plus tard, on n'aperçoit plus que des tissus ramollis, et une désorganisation de plus en plus vaste.

La douleur occupe le même siége que dans la métrite chronique. Elle est continue, intermittente. Les femmes se plaignent souvent de douleurs atroces en allant à la selle; dans certains cas, des douleurs lancinantes horribles se font sentir, dans d'autres elles sont beaucoup moins vives. Si vous établissez une comparaison entre deux femmes d'âges différents, affectées toutes deux d'un cancer à la matrice, vous trouverez qu'elles éprouvent des douleurs bien différentes sous le rapport de leur intensité. Ce sera, en général, la femme la plus jeune qui souffrira le plus.

Lorsque le cancer est avancé, le vagin donne lieu à la sortie de matières diverses. Les règles sont modifiées; elles sont souvent très-abondantes, douloureuses; des pertes blanches surviennent, qui plus tard sont mêlées à des matières fécales et à l'urine. Des hémorragies abondantes surviennent, tantôt au début, tantôt plus tard.

Pendant longtemps le cancer utérin peut ne donner lieu à aucun symptôme général; puis surviennent la pâleur et l'amaigrissement. On observe un singulier état de faiblesse qu'il ne faut pas confondre avec la faiblesse nerveuse. A une certaine époque de la maladie on voit que le teint des malades est jaune paille, ce qui annonce que l'infection est devenue générale. Alors les malades éprouvent des palpitations, le souffle carotidien se fait entendre, de la sérosité s'infiltre dans le tissu cellulaire et dans les membranes muqueuses; de là l'anasarque, l'œdème des membres inférieurs par suite de la compression des veines du bassin. Souvent il se déclare une péritonite promptement mortelle. Enfin d'autres inflammations intercurrentes peuvent survenir.

Le cancer utérin peut avoir une marche aiguë ou chronique.

Traitement. — Il est triste de le dire,

mais c'est l'expression de la vérité, le cancer utérin confirmé est, dans l'immense majorité des cas, au-dessus des ressources de l'art. On ne peut qu'employer des palliatifs, émollients, narcotiques, bains, injections, cautérisations au début, etc., etc. L'ablation du col de l'utérus, quand le cancer est borné à cette partie, est le seul moyen efficace à employer. Malheureusement les succès obtenus par ce moyen ne sont pas incontestables, et souvent des récidives sont venues détruire l'espoir qu'on avait prématurément conçu.

VIe CLASSE. — LÉSIONS D'INNERVATION.

DE L'HYSTÉRALGIE.

L'hystéralgie est caractérisée par une douleur à l'utérus, ordinairement produite sous l'influence de fortes émotions morales. Cette douleur est quelquefois si vive, que les femmes se roulent par terre en vociférant. Cet accident est ordinairement de peu de durée; au bout de quelques heures, il a cessé, soit spontanément, soit par l'administration de quelques antispasmodiques.

Nous aurions ici à vous parler des altérations diverses et nombreuses que peut présenter la menstruation. Le temps ne me permet pas d'aborder ce sujet. Je ne puis que vous dire quelques mots des *maladies de l'ovaire.*

DE L'OVARITE.

Elle peut être aiguë ou chronique. Elle peut se terminer par suppuration, et le pus peut se faire jour par le rectum après avoir perforé le péritoine. Elle est assez fréquente à la suite de l'accouchement. Elle se décèle par une douleur plus ou moins vive dans l'excavation du bassin, s'irradiant ver les lombes, ou plutôt encore vers l'aine et la cuisse. Presque toujours on peut reconnaître sur les côtés de la ligne médiane une tumeur qui se rapproche de cette ligne à mesure qu'elle s'accroît, et qui s'élève quelquefois de plusieurs travers de doigt au-dessus du détroit supérieur, de manière à être prise pour l'utérus développé. Elle donne lieu à des symptômes généraux plus ou moins graves selon l'intensité de l'inflammation. On la combat par tous les moyens antiphlogistiques.

DE L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE, OU KYSTE DE L'OVAIRE.

Maladie fréquente des ovaires, et très-commune chez les femmes. Il y en a de plusieurs espèces, d'uniloculaires, de multiloculaires, d'aréolaires, ou gélatiniformes. Le liquide contenu dans ces kystes est ordinairement séreux, filant comme du blanc d'œuf, ou gélatineux; il peut être purulent, sanguinolent, couleur de bistre ou de marc de café. Il peut être si abondant que la tumeur qu'il détermine remplisse tout l'abdomen et simule une hydropisie ascite. On voit des femmes porter une hydropisie de l'ovaire pendant plus de trente ans, sans en être incommodées.

On emploie contre les hydropisies de l'ovaire le traitement de toutes les hydropisies (*Voy.* page 183).

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

LIVRE DEUXIÈME.

LIVRE TROISIÈME.

LIVRE QUATRIÈME.

PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

LIVRE CINQUIÈME.

PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE.

FIN DE LA TABLE.

